

# **Sammenhenger mellom klientfeedback og familieterapeuters utvikling**

- En undersøkelse av mulige sammenhenger mellom implementering av klientfeedback i terapi og familieterapeuters profesjonelle utvikling.

**JAN STOKKEBEKK**

Veileder: Tor Fjeldstad

Masteroppgave i familieterapi og systemisk praksis MGFAM-C-FA3

Institutt for sosialt arbeid og familieterapi

Antall ord:

# INNHALDSFORTEGNELSE

<b>SAMMENDRAG.....</b>	<b>4</b>
<b>FORORD .....</b>	<b>5</b>
<b>KAPITTEL 1. INNLEDNING .....</b>	<b>5</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV FORSKNINGSPROSJEKT .....	5
1.2 FORSKNINGSSPØRSMÅL/PROBLEMSTILLING .....	7
1.3 MULIG NYTTEVERDI.....	8
1.4 AVGRENSNING .....	8
1.5 OPPGAVENS STRUKTUR OG TEKSTBRUK.....	8
<b>KAPITTEL 2. RELEVANT TEORI OG TIDLIGERE FORSKNING.....</b>	<b>9</b>
2.1 KLIENTFEEDBACK.....	10
2.1.1 KOR.....	11
2.1.2 Terapeuters tilkortkommenheter. ....	12
2.2 IMPLEMENTERING AV KOR I FAMILIEVERNET.....	13
2.3 TERAPEUTEFFEKT .....	14
2.4 TERAPEUTERS PROFESJONELLE UTVIKLING .....	14
2.4.1 To dimensjoner av involvering med klienter.....	14
3.4.2 Utvikling som terapeut.....	16
2.5 MULIGE VIRKNINGER AV KLIENTFEEDBACK PÅ TERAPEUT UTVIKLING.....	18
<b>KAPITTEL 3. METODE .....</b>	<b>20</b>
3.1 VALG AV METODE.....	20
3.1.1 Epistemologiske dilemmaer i valg av forskningsmetode.....	20
3.1.2 Pragmatisk valg av metode.....	24
3.2 SURVEY MED FLERMETODISK TILNÆRMING .....	26
3.2.1 Oppbygging av spørreskjema .....	26
3.3 DESIGN .....	28
3.4 POPULASJON .....	29
3.5 DATAANALYSE .....	29
3.5.1 Beskrivende analyser.....	30
3.5.2 Relasjoner mellom tall.....	31
3.5.2 Opplevde paralleller mellom statistikk og systemisk tenkning.....	34
3.5.3 Sammenhenger mellom KOR, terapeututvikling og involvering. ....	35
3.6 ETISKE REFLEKSJONER.....	36
3.7 GODKJENNINGER.....	36
3.8 GJENNOMFØRING AV SPØRREUNDERSØKELSEN.....	37
<b>KAPITTEL 4 SURVEY RESULTAT OG DRØFTING .....</b>	<b>38</b>
4.1 DATAKVALITET .....	38
4.1.1 Kriterier for deltagelse og svarprosent.....	38
4.1.2 Frafall i forhold til alder og kjønn .....	38
4.1.3 Frafall i forhold til bruk av KOR .....	39
4.1.4 Frafall i forhold til utdanning.....	39
4.1.5 Datakvalitet vurdert i forhold til frafall .....	40
4.1.6 Validitet .....	40
4.1.7 Reliabilitet .....	42

4.2 HVEM ER FAMILIETERAPEUTENE? .....	43
4.2.1 Foretrukket identitet som terapeut .....	43
4.2.2 Teoretisk bredde/preferanse og yrkesidentitet .....	44
4.2.3 Erfaring som terapeut .....	44
4.2.4 Holdninger til å bruke systematisk klientfeedback .....	45
4.3 FAMILIETERAPEUTENES OPPLEVDE NIVÅ AV UTVIKLING .....	46
4.3.1 Mønstre av opplevd utvikling hos KOR brukere .....	48
4.4 FAMILIETERAPEUTENES INVOLVERING MED KLIENTENE .....	49
4.4.1 Mønstre av terapeutisk arbeidserfaring hos KOR brukere .....	51
4.5 FAMILIETERAPEUTER SOM BRUKER KOR .....	51
4.5.1 Erfaringsnivå av KOR i tid .....	51
4.5.2 Omfang av KOR per uke .....	52
4.5.3 Forskjeller i opplevd nåværende terapeutisk utvikling blant KOR brukere og andre terapeuter. ....	53
4.5.4 Forskjeller i opplevd involvering mellom terapeuter som bruker KOR og andre terapeuter ...	54
4.5.5 Familieterapeutenes beskrivelser bruk av KOR og påvirkning av terapeutisk involvering .....	55
4.5.6 Hva beskriver familieterapeutene om hvordan KOR påvirker stresspreget involvering .....	59
4.6 SENTRALE FUNN I UNDERSØKELSEN .....	68
<b>KAPITTEL 5. KONKLUSJON OG NYE FORSKNINGSSPØRSMÅL .....</b>	<b>72</b>
Vedlegg Tabell med beskrivelser KOR bruk og påvirkning på stresspreget involvering .....	79
INFORMASJONSSKRIV TIL LEDERE I FAMILIEVERNET .....	81
SPØRRESKJEMA .....	84

## SAMMENDRAG

Studiet søker å belyse; hvilke sammenhenger det er mellom implementeringen av systematisk feedback fra klienter i familievernnet i Norge og familieterapeutenes profesjonelle utvikling.

Forskningsspørsmålet er:

**Hvilke sammenhenger er det mellom bruk av *systematisk feedback* fra klienter, familieterapeuters opplevelse av hvor langt de har kommet i *profesjonell utvikling* og hvilken kvalitet det er på deres *profesjonelle involvering*?**

Undersøkelsen er en surveyundersøkelse distribuert via e-post, og utfylt på nett, med alle familieterapeuter i familievernnet i Norge som informanter (N=398).

Populasjonsundersøkelsen ble foretatt under en landsomfattende implementering av *klient- og resultatstyrt praksis* (KOR) i Familievernnet, hvor om lag 55 % av populasjonen hadde implementert bruk av systematisk klientfeedback på undersøkelsestidspunktet. Undersøkelsen bygger på The Development of Psychotherapist Common Core Questionnaire (DPPCQ), som er et spørreskjema som er brukt i internasjonalt forskning på terapeuters profesjonelle utvikling (Orlinsky & Rønnestad, 2006). I tillegg er det spørsmål som er utformet spesifikt for de av familieterapeutene som har tatt i bruk KOR. Statistiske sammenhenger mellom mengde erfaring med systematisk klientfeedback, opplevd stadium av profesjonell utvikling, og kvalitet på profesjonell involvering ble undersøkt. Studiet er en kombinert forskningsmetodisk tilnærming hvor i hovedsak kvantitative data blir innhentet kombinert med enkelte åpne spørsmål som gir kvalitative data. De åpne spørsmålene omhandler familieterapeutenes subjektive opplevelse av om, og på hvilken måte bruk av klientfeedback påvirker deres profesjonelle utvikling og involvering. Svarprosenten på undersøkelsen var 58 %. Hovedfunn i undersøkelsen er at det var signifikante sammenhenger mellom bruk av KOR og kvalitet på involvering. Nivå av Stresspreget involvering var lavere hos terapeuter som brukte KOR enn andre terapeuter ( $r = -0.12^*$ ). Sammenhenger ble vist mellom bruk av KOR i tid og nivå av kvalitet på klient involvering. Kvalitativ analyse av beskrivelser fra respondentene om sammenhenger mellom bruk av KOR og stresspreget involvering resulterte to typer sammenhenger; 1) KOR som trygghetsskapende og med mindre *stresspreget* involvering og 2) KOR som *forstyrrende* og med mer stresspreget involvering.

# FORORD

## KAPITTEL 1. INNLEDNING

### 1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV FORSKNINGSPROSJEKT

Jeg har valgt å forske på sammenhengen mellom bruk av systematisk klientfeedback og terapeutisk utvikling. Dette har vært et viktig tema for meg helt siden jeg for 7 år siden tok i bruk klient- og resultatstyrt praksis (KOR), som er en tilnærningsmåte bestående av tilbakemeldingsverktøy for å integrere systematisk klientfeedback i psykoterapi. Da jeg ble introdusert for KOR var min utvikling som terapeut preget av endrede arbeidsoppgaver, som medførte økt selvstendig ansvar og mer komplekse oppgaver knyttet til eget klinisk arbeid og fagutvikling. Min arbeidshverdag besto i å utvikle, etablere og drifte et nytt og utvidet klinisk tilbud, med utrednings- og behandlings-oppgaver, for hjemmeboende barnefamilier med rusmiddelmisbrukende foreldre som et supplement og alternativ til institusjonsbehandling (Storbækken, Stokkebekk & Gamlemshaug, 2007). Etter denne perioden erfarte jeg et viktig vendepunkt i min utvikling som terapeut, da jeg ved hjelp av systematisk klientfeedback opplevde meg bedre i stand til å skape en meningsfull arbeidsallianse, selv med familier som ofte ikke opplevde kontakten med meg som et reelt frivillig valg. Foreldre opplevde ofte tilbudet som ”frivillig tvang” men mindre inngripende enn et institusjonsopphold.

Jeg opplevde at klientfeedback bidro til at jeg utviklet meg, og ble en bedre terapeut. Denne erfaringen var min hovedmotivasjon til fortsatt bruk av systematisk klientfeedback. KOR har etter min erfaring bidratt til at jeg er mer lydhør, og at klienten har fått en tydeligere stemme i forhold til mål og innhold i terapitimene. Jeg opplevde at klientfeedback har gitt meg økt trygghet som terapeut på at hver enkelt time i størst mulig grad blir skreddersydd klienten sitt aktuelle behov. Klientenes kontinuerlige tilbakemelding med vurderinger av terapeutisk allianse og utbytte av timene, gav meg mulighet til å finne ny kurs sammen med klientene på områder som ikke fungerte. En annen viktig erfaring med KOR var muligheten det gav meg til å utforske om jeg virkelig var til hjelp, ved å få tilgang til klientens oppfatning av endring.

Da jeg som terapeut opplevde en sammenheng mellom terapeututvikling og bruk av klientfeedback (på individnivå) ble jeg nysgjerrig på om det var forsket på denne

sammenhengen på (gruppenivå). Litteratursøk, samtaler med min veileder Tor Fjeldstad og forespørsler jeg har foretatt i planleggingsfasen av forskningsprosjektet til toneangivende forskere (Bruce Wampold, Michael Lambert, Barry Duncan, Morten Anker mfl.) på fagfeltet bekreftet at det, med unntak av to studier (Reece et.al., 2009, sparks, Kisler et.al., 2010), i liten grad har vært forsket på sammenheng mellom bruk av klientfeedback og terapeututvikling. Studier av klientfeedback har oftest vært knyttet til i hvilken grad systematisk feedback påvirker resultat/ klientens opplevde utbytte av terapi (Lambert, 2010, Duncan, 2010). Studier viser at bruk av klientfeedback gir signifikant bedre effekt enn terapi uten feedback (Lambert, 2010). Hva innebærer denne positive effekten av systematisk feedback for terapeuten? Er det slik at klientfeedback bare har effekt og nytteverdi for hver enkelt klient, eller påvirker klientfeedback kvaliteten på terapeutens involvering med klienter og utvikling som terapeut?

Da jeg begynte i familievernet i 2009, tok mine kollegaer i bruk systematisk klientfeedback, i forbindelse med en landsomfattende implementering av KOR i familievernet. I denne prosessen ble jeg engasjert som veileder for familiekontorer som skulle gjøre bruk av KOR. Jeg ble nysgjerrig på hvilken innvirkning familieterapeutene opplevde bruken av klientfeedback hadde for deres profesjonelle utvikling. Da jeg tok i bruk KOR var dette ut ifra mitt eget ønske og motivasjon, og ikke ut ifra et pålegg fra min arbeidsgiver. Implementering i hele familievernet, vil naturlig nok medføre ulik grad av motivasjon til å gjøre bruk av KOR. Videre lurte jeg på om det var en sammenheng mellom ulik grad av erfaring med KOR i tid og/eller antall saker (intensitet), og grad av opplevd utvikling som familieterapeut.

En annen viktig motivasjon i mitt valg av forskningsprosjekt er å synliggjøre familieterapeuter i familievernet som gruppe. Det er i liten grad forsket på familieterapeuter på gruppenivå i Norge, og etter det jeg er kjent med er det ikke foretatt spesifikke undersøkelser av familieterapeuters profesjonelle utvikling. Ved å bruke internasjonalt anerkjente spørreskjema for å måle profesjonell utvikling, vil familieterapeutene som gruppe kunne bidra med datagrunnlag både for senere undersøkelser i Norge, og være med i tilfanget av forskning på psykoterapeuters utvikling internasjonalt. I disse tider med fokus på evidens og metoders effekt, har det av enkelte blitt etterlyst mer forskning på terapeuter og deres praksis, ”... forskning som tar sikte på å utvikle terapeutens egen kliniske praksis som terapeuter er nesten helt fraværende i Norge”(Jensen, 2009 s. 203).

## 1.2 FORSKNINGSSPØRSMÅL/PROBLEMSTILLING

Forskningsspørsmålet er:

**Hvilke sammenhenger er det mellom bruk av *systematisk feedback* fra klienter, familieterapeuters opplevelse av hvor langt de har kommet i *profesjonell utvikling* og hvilken kvalitet det er på deres *profesjonelle involvering*?**

Det kan presiseres i tre delspørsmål:

1. Hvilke statistiske sammenhenger er det mellom bruk av KOR og grad av opplevd nåværende utvikling ?
2. Hvilke statistiske sammenhenger er det mellom bruk av KOR og grad av terapeutisk og stressfull involvering?
3. Hvordan beskriver familieterapeuter eventuell innvirkning bruk av KOR har på deres nivå av stresspreget involvering med klienter?

Valg av forskningsspørsmål er knyttet til ønsket om kunnskap på gruppenivå; om det finnes en statistisk sammenheng mellom bruk av systematisk klientfeedback og subjektiv opplevd profesjonell utvikling og involvering. Systematisk feedback er her å forstå som bruk av klient orientert resultatstyring (KOR). Forskningsspørsmålet er videre tilpasset til valget av operasjonalisering av profesjonell utvikling og involvering, hvor det er valgt å bruke validerte spørreskjema som gir variabler som er vist egnet til å si noe om profesjonell utvikling og involvering.

Hypoteser:

Det er i forskning vist en sammenheng mellom *terapeutisk involvering* og positiv utvikling (Orlinsky & Rønnestad, 2005). Positiv nåværende utvikling er influert av kvaliteten på kliniske erfaringer/involvering med klienter. Min hypotese er hvis terapeuter aktivt bruker KOR til å monitorere og guide terapiprosessen, vil dette medvirke til økt til terapeutisk involvering/reduert stresspreget involvering og positiv nåværende utvikling.

### 1.3 MULIG NYTTEVERDI

Kvantitative undersøkelser av større omfang som kan gi kunnskap om familierapeuter på gruppenivå er i liten grad gjennomført i Norge før. Da materialet i min undersøkelse kommer fra hele populasjonen, vil det være nyttig og mulig å repetere undersøkelsen senere (T2). Datamaterialet vil kunne inngå i en longitudinell undersøkelse, og innsamlede data ved T1 vil kunne være baseline for terapeuter før bruk av KOR eller som et punkt i et kontinuum av erfaring med klientfeedback. En longitudinell undersøkelse (T1-T2) kan vise om det er sammenheng over tid mellom bruk av KOR, profesjonell utvikling og kvalitet på involvering. Datamaterialet vil også kunne være av verdi for senere forskning på familierapeuter og terapeututvikling. Bruk av DPPCQ innebærer en forpliktelse til at datamaterialet inngår i databasen til Society for Psychotherapy Research (SPR), noe som gjør at undersøkelsen vil være del av et internasjonalt kunnskapstilfang om psykoterapeuters utvikling.

### 1.4 AVGRENSNING

Det finnes omfattende litteratur om terapeut utvikling og involvering/relasjon til klient. Jeg har i hovedsak valgt å presentere teori og forskning som belyser begrepene i problemstillingen, og som er brukt i spørreskjema.

### 1.5 OPPGAVENS STRUKTUR OG TEKSTBRUK

I kapittel 2 presenterer jeg teori og forskning omkring de tre hovedbegreper som jeg forsker på; klientfeedback, terapeutens utvikling og involvering med klient.

I kapittel 3 der metodevalg presenteres, er det valgt å bruke plass på dilemmaer i forhold til valg av forskningsmetode og min epistemologiske posisjon som kliniker og forsker. Analyse av begreper knyttet til dette blir omfattende presentert da forståelsen av disse var en viktig del av min læringsprosess som forsker. Videre er reliabilitet, validitet og etiske hensyn beskrevet. I kapittel fire er funnene presentert, det er lagt vekt på å presentere data som gir grunnlag for analyse. I kapittel 5 er funnene drøftet i forhold til teori, og det er redegjort for implikasjoner for videre forskning og klinisk bruk.

I teksten har jeg i hovedsak holdt meg tro til sjangeren av en vitenskapelig tekst i monografi format. Oppgaven er strukturert med mål om å besvare forskningsspørsmålet best mulig. Da oppgaven er en del av et helhetlig klinisk utdanning, er det også vektlagt å synliggjøre



implikasjoner som forskningsprosessen har i forhold til min utvikling som terapeut og forsker. I kapittel 3 er det valgt å bruke virkemidler fra essay- sjangeren, for å synliggjøre tvil og refleksjoner omkring valg av forskningsmetode. Prosessen ved valg av forskningsmetode er illustrert ved å knytte den opp mot en kjent fortelling.

I teksten som helhet stilles det en del refleksive spørsmål, som er ment å poengtere undring eller vektlegge spørsmål til det som presenteres. Det må ikke forveksles med forskningsspørsmålet, som er den røde tråden i oppgaven, eller at det er spørsmål som vil besvares videre i oppgaven. Da masteroppgaven er en del av en større helhet i en klinisk masterutdanning systemisk familieterapi og systemisk praksis er det lagt vekt på å ikke tildekke undring, svakheter ved studien, eller mine tilkortkommenheter i forskerrollen. Oppgaven er skrevet med utgangspunkt i forståelsen av at godt forskningsarbeid, i likhet med terapi, handler om å være reflektert sin egen posisjon, tolkning og formidling.

## **KAPITTEL 2. RELEVANT TEORI OG TIDLIGERE FORSKNING**

Forskning på metodikk har dominert innenfor psykoterapiforskning. Forskning har vist at familieterapi likhet med annen psykoterapi virker. Den irske familieterapeuten Alen Carr har gjort en systematisk gjennomgang av ulike studier, som viser at 71% av familier som fikk familiebehandling, fikk det bedre enn de som var i kontrollgrupper eller som ikke fikk tilbud om behandling (Carr, 2009). De siste 10 årene har det i Norge innenfor ulike fagfelt som psykisk helsevern og barnevern, vært et særlig fokus på evidensbaserte metoder. Enkelte metoder har fått fortrinn fremfor andre, med bakgrunn i at de etter strenge forskningskriterier er dokumentert effektive. Forbildet for den evidensbaserte psykoterapiforskningen har vært forskning på medikamentell behandling. Metodene skal være basert på manualer eller tydelig beskrivelse av metodikk, prøvd ut på spesifikke plager eller diagnoser. I systemisk familieterapi har det også vært fagmiljø som har forsøkt å utvikle manualbaserte systemiske tilnærminger. Jones og Aasen ved universitetet i Leeds utviklet manualer for å kunne forske på systemisk terapi i randomiserte kliniske studier (RCT). Deres argument var at dette var nødvendig, for at ikke atferds baserte intervensjoner i familieterapifeltet skulle fortsette å dominere i forskningslitteraturen (Johnsen, 2012). Denne jakten på hvilken metode som er å foretrekke i psykoterapi er kritisert fra flere hold (Hubble, Duncan, Miller, (eds) 1999). De siste 30 år med forskning har vist at det er liten eller ingen forskjell mellom ulike former for

behandling. Derimot viser Bruce Wampolds omfattende metastudier at av de 13 % av variansen<sup>1</sup> terapi bidrar til, står terapeuten for 46-69 %, alliansen for 38-54 %, generelle modell-/teknikkeffekter for 30-? %, feedback 15-31 % og til slutt spesifikke modell-/teknikkeffekter for ca. 8 % av terapieffekten. Et senere meta-studie viser at relasjonen mellom effekt og allianse er moderat (.28) og at allianse forklarer omtrent 7 % av effekten av ulike terapier (Flückiger, Del Re, Wampold, Symonds & Horvath, 2012). I dette meta-studiet ble allianse undersøkt. Formålet med studiet var å undersøke om forskningsdesign, type behandling, eller forskerens tiltro til viktigheten av allianse i terapi, alene eller i kombinasjon, modererte forholdet mellom allianse og utbytte (outcome). Det var vektlagt å undersøke forhold fra kritikere av allianse synet, i det vesentlige fra tilhengere av evidensbaserte metoder. Påstander om at allianse var mest betydningsfullt innledningsvis i terapi, eller mindre viktig i enkelte metoder, ble kontrollert for, samt forskerens tiltro til viktighet av allianse i terapi. Til tross for at korrelasjon mellom allianse og effekt er beskjedent, har effekten vist seg robust over fire meta-analyser gjennomført siste 20 år (ibid). Effekten er også større enn effekt av andre terapi variabler som troskap til terapi-manualer og kompetanse (Webb, DeRubeis, & Barber, 2010, referert i (ibid)).

## 2.1 KLIENTFEEDBACK

Istedenfor et ensidig fokus på riktig metode, er det foreslått at det bør fokuseres mer på innholdet i hvert terapiforløp- og at terapeuten lærer av hver enkelt klient hva som er virksom praksis tilpasset klienten, dvs. praksisbasert evidens (Hubble, Duncan, Miller, 1997).

Klientens vurdering av den terapeutiske alliansen, og klientens vurdering av tidlig endring, er de faktorer som best predikerer resultater i terapi (ibid). Johnson og Shaha (1996) var en av de første til å dokumentere betydning av prosess- og resultatmål for terapieresultat (Ulvestad, 2007). Michael Lambert har gjennom flere studier dokumentert at systematisk klientfeedback gir signifikant økning i effekten av terapi (Lambert, 2010). Han viser til at forskjellen mellom feedback og treatment as usual (TAU), gir en effektstørrelse på fra .34 til .92 (ibid). Barry Duncan postulerer at bruk av systematisk feedback i form av KOR, forbedrer utbytte av terapi mer enn noe annet siden oppstarten av psykoterapi (<http://heartandsoulofchange.com>).

Påstanden tar utgangspunkt i en uavhengig meta-analyse av Michal Lambert, der KOR viser en effektstørrelse på .48 sammenlignet med TAU (Lambert og Shimokawa, 2011). Det betyr

---

<sup>1</sup> tilfeldigheter, klienteffekter o.a. utenomterapeutiske effekter står for 87 %

at bruk av KOR viser 3.5 ganger så stor sannsynlighet for signifikant endring, og halvparten så stor sjanse for tilbakegang, sammenlignet med TAU. Han fremhever at forskning på psykoterapi, som sammenligner psykoterapi med ingen behandling, bare har en effektstørrelse på .8.

Klientfeedback gir assosiasjon til sirkulære feedback sløyfer i systemisk teori. Systematisk klientfeedback er definert som tilbakemeldingsrutiner som systematisk innhenter informasjon om klientens opplevelse av endring og allianse i terapiprosessen. Det er utviklet ulike tilbakemeldingsverktøy, både for klientens vurdering av den terapeutiske prosessen og for klientens vurdering av endring i terapi. Enkelte tilbakemeldings verktøy har kun til hensikt å informere terapeut, mens andre verktøy også vektlegger at tilbakemeldingen er en del av den kliniske samtalen og med vekt på involvere klient. Outcome Questionnaire -45 (OQ45) utarbeidet av Michael Lambert, som er et av de mest kjente prosess-evalueringsskjemaene. OQ45 består av 45 spørsmål, og måler de tre viktigste dimensjonene assosiert med psykisk helse og psykisk lidelse; personlig opplevelse av velvære / ubehag, fungering i nære relasjoner og sosial fungering. Det finnes elektroniske evalueringsformer som eksempelvis Systematic Inventory of Change (STIC), og evalueringsformer der klient gir terapeut direkte tilbakemelding (Modum Bad, 2011). I familieterapifeltet er det utviklet et selvrapporteringskjema for å evaluere familiefungering, (SCORE 15), som skal være sensitiv for endringer i familiefungering, som systemiske familieterapeuter ser på som indikatorer på viktige terapeutiske endringsprosesser ([www.aft.org.uk.uk/training/research.asp](http://www.aft.org.uk.uk/training/research.asp)).

### 2.1.1 KOR

To av de mest kjente forkjemperne for å bruke systematisk klientfeedback, er Barry Duncan og Scott Miller (Miller & Duncan, 2000). Scott Miller og Barry Duncan har bakgrunn fra korttidsterapi miljø med utspring fra MRI, som Don Jackson grunnla i 1959. De har med bakgrunn i Lamberts OQ45 og Bordins (1979) klassiske definisjon av allianse, utviklet et systematisk feedbacksystem i terapi som er vist effektivt og lite tidkrevende, og kan integreres i alle former for psykoterapi. Klient informert og resultat styrt terapi (KOR) består av to skalaer. Outcome Rating Scale (ORS) måler endring, og Session Rating Scale (SRS) måler klientens opplevelse av allianse, mål og tilnærming i timen. Begge skalaene består av 4 analoge linjer, på 10 cm. Klient setter et kryss på hver linje og terapeut summerer hver linje ved bruk av en linjal. Summering av linjene kan totalt gi maks 40 som høyeste score.

Endringsskalen (ORS) skåres ved begynnelsen av hver time, og skala for samtalevurdering (SRS) scores ved slutten av hver enkelt time. Resultatene drøftes med klientene og brukes aktivt i samtalen. Det vektlegges at forståelsen av tallene må relateres til klienten sin forståelse av eget liv og målet for terapi. Manglende positiv endring på ORS er gjenstand for diskusjon med klientene om hvilke endringer som er nødvendig. Feedbacksløfene mellom terapeut og klient omkring klienten sin oppfatning av progresjon og innhold i timen, er en sentral del av tilnærmingen. Skårene legges inn i en graf, og er utgangspunkt for evaluering av behandlingen sammen med klienten. Videre kan ORS/SRS også brukes av terapeuten til selvrefleksjon, og monitorering av egen effektivitet og utvikling (Duncan, 2010).

### 2.1.2 Terapeuters tilkortkommenheter.

Flere forskningsrapporter på forholdet mellom klienters opplevelse av utbytte av terapi, og terapeuter vurdering av klients endringsforløp, viser at terapeuter overvurderer egen evne til å vurdere om klienter har utbytte av terapi, og om klienter får det bedre eller verre av terapi (Lambert, 2010).

I en undersøkelse svarte terapeuter at de estimerte at 85% av klientene ble bedre i av terapi. En av tre eller høyst to av tre klienter (avhengig av terapisetting), opplever i gjennomsnitt positiv endring av terapi. Lambert omtaler at klienter har en "blind spot", at klinikere er naturlig positivt optimistisk til at klienter endrer seg, men at de er dårlige til å fange opp klienter som blir verre eller ikke opplever endring (Ibid). Michal Lambert formidler at terapeuter ikke blir bedre til å gjette/vurdere hvem som ikke har utbytte av terapi, og at terapeuter trenger å innhente systematisk informasjon ved feedback.

Behandlere tenderer til å overdrive egen dyktighet og effektivitet som terapeut. I en studie ble et representativt utvalg av psykologer, sosialarbeidere, psykiatere og par-og familierapeuter i USA, bedt om rangere sin dyktighet og effektivitet jamført med andre profesjonell med lignende utdanning. Samtlige terapeuter svarte at de lå i den øverste 20 prosent delen, noe som er en statistisk umulighet. Kun 4 % anså seg som middelmådige og ingen anså å ligge under snittet. Til tross for terapeuter overdrevne selvoppfatning, viser kliniske studier der behandlere med få klienter, og tilgang til kvalifisert veiledning, treffer ett nøye utvalgt og kontrollert utvalg av klienter at en statistisk signifikant endring (vist forbedring større enn

gjennom tilfeldigheter og målefeil) bare ble oppnådd med i gjennomsnitt 50 prosent av klientene (Miller & Hubble , 2011).

Spørsmålet er om det er nødvendig med strukturerte tilbakemeldingsverktøy for innhente informasjon fra klienter, om ikke er tilstrekkelig å spørre klienten ?

Duncan, Miller og Sparks (2004) trente terapeuter til å innhente muntlige tilbakemeldinger fra klienter, og de kom til en overaskende konklusjon: Mer en tre fjerdedeler av terapeutene sa de hadde bedt om tilbakemeldinger. Videoopptak viste at det bare en fjerdedel av samtalene ble innhentet tilbakemeldinger. Terapeutene trodde nok de hørte klientens stemme men det var ikke tydelig for andre.

Forutsatt at systemiske familieterapeuter i likhet med andre psykoterapeuter har lignende tilkortkommenheter. Hvordan skal familieterapeuter forholde seg til egne tilkortkommenheter annet enn å reflektere over egne forforståelser ? Hvordan skal vi kunne møte klienter der hvor de er, dersom de er et annet sted en der vi tror de er. Eller ved å bruke kart og terreng metaforen, trenger terapeuter hjelp av klient til å tolke kart og finne frem i terrenget ?

## 2.2 IMPLEMENTERING AV KOR I FAMILIEVERNET

KOR er brukt innenfor både psykisk helsevern og rusvern. Familievernet besluttet å implementere bestemt KOR, i ulike puljer og at samtlige kontor hadde implementert KOR innen 2013. Sommeren 2011 hadde 16 av 62 kontor implementert KOR. KOR skal brukes i samtlige klientsaker med unntak av mekling. På hvert kontor får en terapeut opplæring som KOR-koordinator, og tid til å administrere KOR-arbeid og veilede kollegaer på sitt kontor. Samtlige kontor får deltar på et opplæringsseminar, og 3 samlinger med gruppeveiledning av erfarne KOR-terapeut/ godkjent KOR veileder. Beslutningen om å implementere KOR har blant annet hentet sin begrunnelse fra et randomisert kontrollert studie (RCT) på et norsk familievernkontor, som viser at parterapi med bruk av KOR gir bedre behandlingsresultater og mer varige endringer etter endt terapiforløp, enn vanlig praksis uten feedback (Anker, Duncan, Sparks, 2009) .

## 2.3 TERAPEUTEFFEKT

40 år med forskning bekrefter at fellesfaktorene har størst betydning for behandlingsresultatet, videre at det er lite eller ingen forskjell i effekt mellom ulike terapimetoder. Men det er stor forskjell i effekt mellom terapeuter (Tuseth, 2007). ”Konklusjon er at det gjør en større forskjell hvem terapeuten er enn hvilken metode som blir brukt” (Rønnestad og Skovholdt, 2002, s.3). Terapeutens evne til å forme allianse, bli enig om arbeidsmål og kunne reparere og forebygge relasjonsbrudd er viktige ferdigheter for å oppnå godt resultat (Duncan, 2010). Studier viser at nest etter klienten selv, er terapeuten den faktoren som i størst grad påvirker behandlingsresultat. Viktige spørsmål som følger av denne kunnskapen er:

- Kan disse ferdighetene utvikles og bedres gjennom bruk av klientfeedback?
- Hvordan opplever terapeuten at systematisk klientfeedback innvirker på egen profesjonelle utvikling og på hvilken måte?

## 2.4 TERAPEUTERS PROFESJONELLE UTVIKLING

Helge Rønnestad og David Orlinsky (2005) samt gruppen tilknyttet Collaborative Research Network (CRN), har gjort en omfattende studie over en 15 års-periode med over 8500 psykoterapeuter på alle karrierenivå, fra ulike profesjoner og teoretiske orienteringer i et titalls land. Den internasjonale studien hadde som formål å undersøke psykoterapeuters erfaring med sitt arbeid, og deres opplevelse av profesjonell utvikling. Studien ble gjennomført av ulike forskere gjennom et internasjonalt nettverk kalt Society for Psychotherapy Research (SPR). Det ble utviklet et spørreskjema, The Development of Psychotherapist Common Core Questionnaire (DPCCQ), for å kartlegge profesjonsbaserte og personlige erfaringer (Rønnestad & Orlinsky, 2006).

### 2.4.1 To dimensjoner av involvering med klienter

Ved hjelp av faktoranalyser av spesifikke variabler som omhandler terapeuters kliniske kompetanse, vansker i praksis, mestringsstrategier, terapeut-klient-relasjon og opplevde følelser i terapisisituasjonen ble to uavhengige dimensjoner av terapeutisk arbeid identifisert som *terapeutisk involvering* og *stresspreget involvering*. Det fleste terapeuters erfaringer med terapiprosesser der relasjonen til klient er preget av mestring og flyt, mens andre terapiprosesser kan være preget av mangel på det overnevnte (Ibid).

### 1. Terapeutisk involvering:

(Healing Involvement):

”Dette omfatter opplevelse av terapeutisk kompetanse, få opplevde vansker i terapiforløpet: konstruktive mestringsstrategier ved opplevde vansker, genuin personlig investering i en lydhør og bekreftende relasjon med pasienten, opplevelse av flyt i terapisituasjonen og en generell følelse av terapeutisk mestring ” (Rønnestad & Orlinsky, 2006 s. 1175).

Det var tre kilder til *terapeutisk involvering*; nåværende utvikling, terapeutens kumulative karriereutvikling og terapeutens teoretiske bredde. Aktuell utvikling var det som påvirket *terapeutisk involvering* mest. 97 % av terapeutene i undersøkelsen oppgav at egne erfaringer med klinisk arbeid hadde en signifikant påvirkning på deres utvikling. Det kan dermed tyde på at klinisk erfaring påvirker *utviklingen* mest, og at dette igjen er kilden til *terapeutisk involvering*.

## 2. Stresspreget involvering:

(Stressfull Involvement):

”Dette beskriver terapeuter som har omfattende vansker i praksis, defensive og lite konstruktive mestringsstrategier samt opplevelse av angst og kjedsomhet i terapisituasjonen”(Rønnestad & Orlinsky, 2006 s. 1175).

*Terapeutisk involvering* og *stresspreget involvering* var statistisk uavhengig av hverandre. Noe som gjorde at terapeutenes samlede praksis kunne karakteriseres etter grad av rapportert *terapeutisk involvering* og *stresspreget involvering*, i form av fire mønstre av arbeidserfaring:

1. **Effektiv praksis**; Halvparten (50 %) av terapeutene opplevde *effektiv praksis*, med mye terapeutisk involvering, og mindre *stresspreget involvering*.
2. **Utfordrende praksis**: 23 % var preget av utfordrende praksis hvor terapeuten i større grad erfarte både *stresspreget involvering* og *terapeutisk involvering*.

Om lag  $\frac{3}{4}$  av terapeutene var i mønstre 1 og 2 og rapporterte mye terapeutisk involvering.

3. **Distansert praksis**, 17 % var preget av lite *stresspreget involvering* og lite *terapeutisk involvering*.

4. **Belastende praksis**, 10 % hvor *stresspreget involvering* var dominerende i forhold til *terapeutisk involvering*.

Variabler som sterkest predikerte opplevelse av terapeutisk involvering var terapeutens teoretiske bredde, støtte i arbeidsmiljøet, tilfredshet i arbeidssituasjonen, erfaringsbredde og dybde i møtet med forskjellige kliniske problemstillinger og behandlingsformer samt en positiv arbeidsmoral (ibid).

### 3.4.2 Utvikling som terapeut

I den internasjonale studien, ble profesjonell utvikling som terapeut undersøkt på tre ulike måter:

#### **1. Sammenligne ulike karrierenivå (fra noviser til seniorer) med mønstre av terapeutisk arbeidserfaring.**

Erfarne terapeuter opplevde større grad av *effektiv praksis enn* terapeuter med lite erfaring, de med mindre enn 1,5 års klinisk erfaring (noviser) hadde 40 % mot de med over 25-50 års erfaring (seniorterapeuter) som hadde 60 %. Hele 20 % av novisene hadde *belastende praksis* mot tilsvarende 6-7 % blant terapeuter med 7 år og mer erfaring.

#### **2. Terapeutens nåværende /aktuelle utvikling.**

Analysene av nåværende utvikling frembrakte to uavhengige dimensjoner: *Opplevelse av vekst* (Currently experienced growth) og *opplevelse av tilbakegang* (Currently Experienced Depletion)

*Opplevelse av vekst*: Besto av en følelse av positiv endring og forbedring, en dypere forståelse av terapeutiske prosesser, styrking av ferdigheter, entusiasme rundt praksis og en opplevelse av å overkomme tidligere begrensninger som terapeut. *Opplevelse av vekst* kan beskrives som fornying av terapeutens arbeidsmoral (Orlinsky, Rønnestad, Ambuhl et al., 1999 i Orlinsky & Rønnestad, 2006 s.1176) og som en følge av terapeutisk involvering. Til sammen kan *terapeutisk vekst* og *terapeutisk involvering* bidra til en vedvarende konstruktiv prosess i møte med klienter, til tross for vansker og belastninger.

*Opplevelse av tilbakegang*: omfatter følelser tap av empati, følelsen av at ferdigheter forringes, tap av evne til empati, rutinepreget praksis og voksende tvil rundt terapiens



effektivitet. *Opplevelse av tilbakegang* kan forstås som en demoraliserende prosess ut fra *stresspreget involvering* i arbeidssituasjonen. *Stresspreget involvering* kan undergrave terapeutens evne til positiv samhandling med klient, og bidra til en ond sirkel som i verste fall skader klient eller medfører utbrenthet hos terapeut.

Når *opplevelse av vekst* dominerer vil terapeuten kjenne *progresjon*, når *opplevelse av tilbakegang* dominerer vil terapeuten kjenne *regresjon*.

### **3. Kumulativ karriereutvikling**

Kumulativ karriereutvikling består av retrospektiv oppfattelse av utvikling, endrede kliniske ferdigheter frem til i dag og terapeutisk mestring. Kumulativ karriereutvikling samsvarer i liten grad med antall år i klinisk praksis, men mer med grad av bredde og dybde i det kliniske arbeidet. Det vil si om terapeut har lært og prøvd varierte og ulike terapiformer som individ/par/gruppe-terapi (ibid).

### **4. Terapeuters beskrivelse av hva som påvirker nåværende utvikling.**

I undersøkelsen til Orlinsky og Rønnestad (2005) oppga 97% av terapeutene at erfaringer i terapi med klienter/pasienter var en positiv innflytelse på deres utvikling som terapeut. Terapeutene opplevde samtidig ”erfaringer i terapi med klienter” påvirket utviklingen deres negativt (5%), det var ”sammen med erfaringer i eget liv” den nest største faktoren som påvirket deres nåværende utvikling etter ”forhold ved eget arbeidsted” (Rønnestad & Orlinsky, 2005 s. 127).

Andre viktige faktorer som terapeutene oppgav var som påvirket deres nåværende utvikling var egenterapi, veiledning eller konsultasjon. Av de som hadde egenterapi vektla 80 % at dette som noe som påvirket deres praksis, de som deltok i veiledning opplevde en tilsvarende positiv påvirkning. Av de som tok videreutdanning opplevde 63 % dette som et viktig bidrag i egen utvikling. 60 % av terapeutene oppga ”erfaringer i eget liv” som noe som bidro positivt til egen utvikling, mens 5% oppga at disse ”utenom profesjonelle” erfaringene hadde en negativ innflytelse på deres utvikling.

Det var i studiet få indikasjoner på negative innflytelser på nåværende utvikling, med et viktig unntak; fjerdeparten av terapeutene oppga at forhold ved arbeidstedet påvirket deres nåværende utvikling negativt. (Ibid, s. 128) Currently Experienced Depletion var i studiet signifikant korrelert med mangel på tilfredshet og støtte fra arbeidstedet ( $r = -.37$ ) og mangel

på profesjonell autonomi ( $r = -.23$ ). Det kan tyde på at faglig støtte og opplevelse av autonomi er viktig for å utvikle seg positivt som terapeuter.

## 2.5 MULIGE VIRKNINGER AV KLIENT FEEDBACK PÅ TERAPEUT UTVIKLING

I det største RCT studiet som er gjennomført i parterapi, omtalt som det norske feedback forsøket, ble norske familieterapeuter på familiekontor sammenlignet når de brukte og ikke brukte KOR. Det viste seg at 9 av 10 terapeuter fikk bedre outcome/resultat når de brukte systematisk feedback. Terapeutene som hadde klienter som viste minst endring uten bruk av feedback, var de terapeutene som profiterte mest på KOR. Det er ikke helt kjent på hvilken måte feedback virker. Michael Lambert sammenligner bruk av systematisk feedback med legen sitt behov for å måle blodtrykk. Han knytter det til at det er nødvendig da terapeuter har «blindsoner», hvor terapeuter trenger informasjon utover eget skjønn til å finne ut om det skjer endring eller feedback. Klient feedback har en informativ verdi som ikke kan læres, ingen lege vil finne på å bruke skjønn for å måle blodtrykk (Lambert, 2012). Barry Duncan har en hypotese om at feedback stimulerer klientfaktoren, øker engasjement og muligens andre fellesfaktorer i terapi som allianse, håp og positiv forventning. Scott Miller har en hypotese om at det i hovedsak er terapeutfaktoren som er avgjørende, og at feedback bare er et ”skyggespill” av denne (<http://scottdmiller.com/>).

Rolf Sundet har prøvd ut KOR i arbeid med barn og familier på familieavdelingen i Drammen. Som en del av et doktorgradsprosjekt ble det undersøkt hvilken betydning skalaene hadde for terapiprosessen ved å spørre både og familier om dette. Han intervjuet 4 terapeuter og 10 familier om skalaene i terapiprosessen. Han konkluderte med tre overordnede begreper som oppsummerer hva som er virksomt i terapi; samtalen, samarbeidet og relasjonene. For familiene var det viktig å få tilbakemelding om problematisk samhandling, at terapeutene bidrar med struktur i behandlingsprosessen, og at de bruker den fagkunnskapen de har med seg inn i samtalene (Sundet, 2009, 2011). I en artikkel til vurdering i Canadian Psychology beskriver han at terapeutene som er intervjuet opplever at skalaene hadde verdi som samtaleverktøy, utover det å gi feedback. Det ble identifisert seks områder i samtalene hvor de var til særlig hjelp (Sundet, in review).

I et nylig publisert studie av terapeuter som brukte Outcome Questionnaire 45 (OQ45) (de Jong, Van Sluis, Nigter, Heiser, og Spinoven, 2012) fant man at feedback ved bruk av OQ45 ikke var effektiv i alle omstendigheter, mye på grunn av terapeutfaktorer. Resultat av studiet var at terapeuter måtte bruke feedback verktøyene, og være interessert for å få feedback til å virke. Det er vanskelig å generalisere studiet av OQ45 til også å gjelde KOR, da de er vesentlig forskjellig. OQ45 er i hovedsak et verktøy til informasjon til terapeut om progresjon. KOR er en mer transparent fremgangsmåte, der tolkning av skalaene er basert på co-konstruksjon med klient.

Familieterapi-utdanningen ved universitetet i Rhode Island i USA gir studentene opplæring i bruk av systematisk klientfeedback i form av KOR. Et fokusgruppe-intervju (Sparks, Kisler et. al., 2010) av studenter som gjorde bruk av (KOR) systematisk feedback viser til flere fordeler: At det danner en konseptuell og praktisk ramme for å etablere tidlig trygghet, og guide til hvordan terapitimen kan struktureres. Studentene oppgir at systematisk feedback gir et incentiv til å gå utenfor egen komfortsone og til å lære nye ferdigheter. Videre at KOR eliminerer gjetning i forhold til om det skjer endring i terapiprosessen (ibid). Et lignende studie av nyutdannede terapeuter (noviser) som brukte KOR (Reece et. al., 2009) viste at terapeutene opplevde at klientfeedback gav dem mer struktur og et godt utgangspunkt i terapi. Studien viste at forholdet mellom terapeutenes mestringstro (self-efficacy) og resultat var sterkere enn hos de terapeutene som brukte feedback enn hos de som ikke brukte det. Studien viste videre at terapeutene som brukte feedback, fikk dobbel så stor forbedring hos sine klienter som de kollegaene som ikke brukte feedback (ibid).

Barry Duncan (2010) hevder i boken "On Becoming a Better Therapist" at bruken av klientfeedback vil kunne påvirke de tre viktigste kildene til *terapeutisk involvering*. Han hevder at ved å monitorere resultatene (ORS/SRS -skårene klientene gir av endring/allianse) vil terapeuten få et inntrykk av den kumulative karriere utviklingen. Klientfeedback medfører stadige individuelle tilpasninger noe som gjør at terapeuter utvikler et større repertoar ved å prøve ulike tilnærminger som leder til teoretisk bredde. Videre vil terapeuter gjennom klientfeedback få en kontinuerlig profesjonell refleksjon med hver enkelt klient, som gir et ekstra læringspotensial som øker nåværende/pågående utvikling (currently experienced growth), (Duncan, 2010 s. 15). Barry Duncan hevder at erfaring som terapeut alene ikke garanterer vår utvikling som terapeut. Han mener at nøkkelen til å bedre egen effektivitet, og monitorere hvordan vi utvikler oss som terapeuter, er gjennom å systematisere

egen utvikling gjennom informasjonen fra klientfeedback. ”There is only one way to know if we are learning from experience and that is to track outcome” (Duncan, 2010 s. 99).

## KAPITTEL 3. METODE

Jeg vil i dette kapitlet redegjøre for metodevalg i forbindelse med denne studien. Da masteroppgaven er en del av en helhetlig utviklingsprosess i en klinisk masterutdanning i systemisk familieterapi blir det lagt vekt på å redegjøre for dilemmaer i krysningspunkt mellom epistemologisk ståsted som kliniker, og valg av ståsted som forsker. Valg av epistemologiske posisjonen som forsker har betydning for valg av forskningsmetode (Thagaard, 2004), men har også innvirkning på forskeren som skribent av den vitenskapelige teksten (Øfsti, 2013). Tvilen i valg av forskningsmetode vil bli illustrert gjennom å knytte prosessen det til en kjent fortelling av Alf Prøysen. Deretter vil jeg beskrive metodene jeg bruker for innsamling og analyse av data. Avslutningsvis vil validitet, reliabilitet og etiske hensyn bli beskrevet.

### 3.1 VALG AV METODE

*Det var en gang en liten geitekillling som hadde lært å telle til ti.  
Da han kom til en vannpytt, sto han lenge og så på speilbildet sitt i vannet  
og nå skal du høre hvordan det gikk:*

*En, sa geitekillingen. (Prøysen, 2006)*

#### 3.1.1 Epistemologiske dilemmaer i valg av forskningsmetode

I fortellingen til Alf Prøysen (2006) om ”geitekillingen som kunne telle til ti” møter vi en geitekillling som til tross for relativt begrensede tallferdigheter valgte å telle. Begrensede tallferdigheter/forståelse av statistikk var også mitt utgangspunkt da jeg skulle velge forskningsmetode. Kvalitativ tilnærming som er velegnet til å studere sosiale fenomener (Thagaard, 2004). Kvantitativ forskning har utgangspunkt i en positivistisk epistemologi som innebærer at vi kan studere virkeligheten som et objekt, hvor vi står utenfor og observerer et fenomen. Forskningsfeltet i nordisk systemisk familieterapi har i stor grad vært preget av kvalitativ forskning. Gjennomgang av ”Fokus på familien” de siste 20 årene underbygger dette. Det kan hevdes at systemisk familieterapi med et ståsted i relativisme og konstruksjonisme har en særlig tilhørighet til kvalitativ forskningsmetodikk, og

avstandstaken til forskning som innebærer reduksjonisme. Hårtveit og Jensen (2004) hevder at fenomenologi og hermeneutisk forståelsesramme har mye til felles med en systemisk forståelse som er opptatt av at vi gjensidig påvirker hverandre. Familieterapifeltet har av enkelte vært kritisert for å være for teoristyr, og vært preget av epistemologidebatter som både har forholdt seg til fagfeltet kliniske og forskningsmessige posisjon (Johnsen, 2012). Samtidig er den kvantitative forskningsposisjonen tilstedeværende i form av et stadig økt fokus innen academia og i forskningsmiljøer på evidens (Øfsti, 2013). Avstandtagen til det kvantitative til fordel for en kvalitativ tilnærming, er et paradoks sett i lys av at analogien av et sirkulært system har sitt utgangspunkt i matematikk, fysikk og ingeniørkunst. ”De som utviklet systemisk familieterapi var personer med sterk tilknytning til akademiske fag der kvantitativ forskningsmetode var selvfølgelig del av kunnskapsfeltet ” (Johnsen, 2012 s. 50). Da mitt forskningsspørsmål var med i utgangspunkt i gruppen av familieterapeuter ble jeg utfordret på hvilke forskningsmetode som var mest anvendelig. Jeg tenkte på Gregory Bateson (1972) og hans begreper om logiske typer som gjorde et skarpt skille mellom en klasse og medlemmene av klassen. Å studere noen familieterapeuter på individ nivå vil ikke nødvendigvis fortelle noe om en gruppe av familieterapeuter. Paul Watzlawick (1980) bemerket at det burde være innlysende at menneskeheten er en klasse (gruppe) som omfatter alle individer, men at den selv ikke er noe individ. Følgelig kan ikke noen tilfeldig valgte familieterapeuter representere kunnskap om populasjonen av familieterapeutene i Norge. Er det slik at det systemiske fagfeltet har oppgitt gruppenivå som et fenomen å forstå og studere? Kvalitativ metode har den fordel med at det går i dybden på subjektive meningsdannelser og ligger nærmest min posisjon som systemisk terapeut. Dybdekunnskapen som innhentes gjennom kvalitativ tilnærming er oftest basert på individnivå og få informanter. Jeg hadde vansker med å finne kvalitative tilnærminger som gav meg tilgang til empiri fra gruppenivå. Gjennomgang av metodelitteratur pekte på at kvantitativ metode er mest anvendt for å forske på gruppenivå (Ringdal, 2007). Enkelte i det systemiske familieterapimiljøet har kritisert mangel på utvikling av generalisert kunnskap på gruppenivå, og at manglende RCT studier medfører at systemisk familieterapi blir usynliggjort i forskningslitteratur (Johnsen, 2012). Andre har fremhevet at kvalitative forskningsdesign også kan bidra til generalisert kunnskap ved at flere forskere samarbeider om tilsvarende forskningstema (forelesning Arlene Vetere). Eksempler her er emosjonsfokusert terapi med Sue Johnson som i har fått gyldighet gjennom en rekke kvalitative studier om det samme fenomenet. Det opplevdes vanskelig å finne fremgangsmåter til å forske på gruppenivå, med utgangspunkt i det kvalitative. Spørsmål som dukket opp var, om hvorfor det var så viktig med fokus på gruppenivå ? Jeg fant at mye var

knyttet til ønske om avstand til det jeg forsket på. Jeg kjente på et behov for å komme i en posisjon som *betrakter*, til fenomenet (KOR) som jeg kjente så inngående som *deltager* i rollen som terapeut, kollega (familievernkontor som brukte KOR) og veileder i KOR. I masterstudiet er det lagt vekt på å se etter paralleller mellom personlig og profesjonell utvikling, blant annet gjennom i gruppeveiledning i profesjonell og personlig utvikling (PPU). I (PPU), la jeg frem ”forskningsbehovet” mitt som et bilde, av en vandrer som lenge hadde spasert i skogen etter innsikt og forståelse av trær (Les: KOR) og som hadde behov for å klatre opp på en fjelltopp og å se skogen. Et annet spørsmål jeg stilte med var hva et valg av *avstand* eller *oversikt* innebar for meg som i spenningsfeltet mellom forsker og kliniker. Vil brytningen bli for stor, svikter jeg min egen epistemologiske posisjon som sosial konstruksjonistisk systemiker ? Om jeg velger å forske med tall medfører det et innsnevret fokus og reduksjon, fremfor den transkriberte ”helheten” ? Anne Øfsti (2013) er sterkt kritisk til en utvikling i forskningsfeltet hvor målbar kunnskap blir rangert høyere, eller som mer evident, enn humanistisk kunnskap.

Anne Øfsti beskriver hvordan dette kan påvirke forskeren;

*”Forskerne rensker tekstene sine, glatter dem til, tetter igjen sprekker for å beskytte herredømmet, for å sikre talerstolen, enetalen og økonomien ! Skribenter blir gjerrige med spørsmål og undring, fordi det ikke lønner seg og skaper miskreditt (op.cit.:12).*

Anne Øfsti påpeker at vitenskapelige tekst *påvirker*, og at det er viktig at vi som lesere er bevisst på hva vitenskapelige tekster gjør med oss som klinikere (Ibid).

Historien om geitekillingen som kunne telle til åpner med at geitekillingen sto lenge å så på speilbildet av seg selv i vannpytten og først telte seg selv. Bateson beskrev at ”all erfaring er subjektiv” (Bateson, 2000). Altså om jeg anvender tall eller kvantitativ metode må jeg som geitekillingen først og fremst regne med meg selv. Det er jeg som forsker som velger hva jeg skal telle, posisjonen jeg teller fra. Det er med min subjektive forståelse jeg tolker.

Historien om geitekillingen fortsetter med at han spør en nysgjerrig kalv; *Skal jeg telle deg også ? ”Hvis det ikke gjør vondt så”, svarer kalven. ”Nei jeg tør ikke, kanskje jeg ikke får lov av mora mi engang”, sa kalven og trakk seg unna”*. Kalven sin posisjon til telling er en blanding av nysgjerrighet og avventende frykt. Spenningen kjemper mot frykten for det ukjente, noe som muligens kan gjøre vondt ? Kalven sin posisjon til tall lignet min egen

nøling med å velge statistikk. Er det greit å gjøre statistiske undersøkelser utfra et systemisk og sosial konstruksjonistisk posisjon ? Får jeg lov av ”mora mi”, eller vil det medføre ulidelige smerter i ontologien ?

I løpet av masterstudiet ble det i PPU klart for meg viktigheten av å utfordre meg selv, og av å gå ut av egen komfortsone. Kombinasjonen av egne private opplevelser av hva som har gitt meg mestringsopplevelser, støtte fra medstudenter i veiledning, og bevissthet hva som har gjort at jeg har opplevd at barrierer har blitt brutt som terapeut ble viktig i veivalg i forhold til forskningsmetode. I retrospekt har jeg sett at mange av mine opplevelser av mestring har vært knyttet til eller vært etter ulike opplevelser av ubehag, eller frykt. I terapeutrollen har jeg opplevd at det er mulig å få til en meningsfull arbeidsallianse, med klienter som i utgangspunktet ikke ønsker kontakt med meg/barnevernet. Frykten av å ikke være ønsket, der det opplevdes som umulig å være til hjelp, har blitt overvunnet ved å utfordre komfortsonen. Dette bidro til at jeg forsøkte KOR som fremgangsmåte komme i en ny posisjon til å få etablert å ivareta arbeidsalliansen med klienter. Historien om utvikling av familieterapi består av mange historier om ubehag knyttet til opplevelser å ikke være til hjelp, som har utviklet nye teorier og praksisformer. Mara Selvini Palazzoli, en av grunnleggerne av den systemiske retningen opplevde frustrasjon over å ikke være til hjelp ovenfor mennesker med spiseforstyrrelser innenfor rådene teoretiske rammer (psykodynamisk tenkning) som bidro til at hun ble tiltrukket av kommunikasjonsteorien til Bateson og Watzlawick . Eksternaliserende praksis med barn med encopreseproblematikk, og starten på narrativ terapi av Michael White, er eksempler på ny praksis som ble laget med bakgrunn av ubehag om å ikke være til hjelp. Personlig har jeg opplevd at behovet for å ferdigstille hyttetaket og få hytta tett, har overvunnet frykten for å falle ned, og at det endte med at det ikke var jeg, men høydeskrekken som slapp taket.

Mitt ubehag knyttet til valget om kvantitativ metode, var om jeg ville mestre og få en meningsfull forståelse av tall, og gjøre bruk av det til å få frem en bedre forståelse av gruppen av familieterapeuter. Svikter jeg mitt systemiske ståsted og orientering ved å innta en forskerposisjon som er nært knyttet til det positivistiske, og kanskje en mer reduksjonistisk og normativ forankring. Advarslene finnes der, om at vi som familieterapeuter må motstå dominansen av generaliserende og selvrettferdiggjørende vitenskapelige tekster som får oss til å gå i flokk;

*”Hvis det blir for mange tekster og massive tekster av det slaget som generaliserer menneskelig erfaring, som argumenterer med tall, slanker bort mening og feier forundring og håp i terapifeltet, kan skadevirkninger inntre ”(Øfsti, 2013 s.13 ).*

Hvordan kan jeg forsvare min posisjon som forsker med å bruke tall for å forstå menneskelige fenomener, og min forankring som systemisk terapeut med konstruksjonistisk og språkssystemisk utgangspunkt? Paradoksalt nok var tvilen jeg opplevde parallell til tema jeg skulle forske på. Implementering av KOR for familieterapeutene omhandler nettopp om hvordan de velger å posisjonere seg i forhold til bruk av skalaer, og om bruk av tall kan er nyttig for de som terapeuter i samarbeidet med klienter. Familieterapeutene blir gjennom KOR ufrivillig introdusert for bruk av tall i likhet med de ulike dyrene i Alf Prøysen sin fortelling. Enkelte vil se på seg selv i vannspeilet og telle med seg selv, før de teller andre. Noen vil kanskje si at enkelte bare starter å telle ukritisk. Det vil for andre vekke ubehag og skape frykt. Noen vil som kua beskytte kalven (Les: klientene). Enkelte vil som oksen bli sint og forsøke å ta de som startet tellingen. Spørsmålet er om jeg ved å velge statistikk bli forført av premissene, fanget i en posisjon og logikk hvor jeg skriver frem de som ønsker å telle/bruke KOR til helterollen. Alle kjenner slutten, hvor geitekillingen ved å telle til ti kunne sannsynliggjøre om båten ville synke eller ikke. Mange forskningsrapporter har vist at terapeuter som bruker KOR finner en bedre kurs med klientene enn andre. Vil terapeuter som bruker KOR selv oppleve at de er blitt bedre i stand til å finne kurs, eller forhindre at reisene med våre klienter havarerer? Eller er det tilstrekkelig for terapeutene å vite at de kan hjelpe flest klienter over på den andre siden med KOR ombord ?

*” Hurra for geitekillingen ! ” ropte alle dyrene, og så seilte de over til den andre bredden og gikk i land. Men geitekillingen ble igjen om bord som tellemester, og hver gang hanen skulle fraktete noen over elva, sto geitekillingen ved landgangen og telte til ti. (Prøysen, 2006)*

### 3.1.2 Pragmatisk valg av metode

I metodelitteraturen beskrives kvalitativ og kvantitativ metode av enkelte som to vidt forskjellige tilnærminger innen vitenskapen. Andre er mer opptatt av at det som skiller kvantitativ og kvalitativ metode er dataene. En kvantitativ forskningsstrategi er basert på talldata, mens en kvalitativ forskningsstrategi er basert på tekstdata. Ideelt sett skal forskningsmetode, eller hvilke data som er av interesse, styres av forskningsspørsmålet, ikke



av forkjærlighet til en type data eller metode. ”Noen ser pragmatisk på valget mellom en kvantitativ og en kvalitativ forskningsstrategi, mens andre begrunner valget med vitenskapsteoretiske standpunkt” (Ringdal, 2007, s. 22).

Jeg har valgt en kombinert metode med hovedvekt på kvantitativ forskningsmetode, supplert med et spørsmål som innhenter kvalitative data. Jeg var spent på om et slik valg var mulig, med tanke på at undervisningsrammen hovedsakelig omhandlet kvalitativ metode.

Diakonhjemmet ved faglærer var støttende til forskningsprosjekt med kombinasjon av kvantitativ og kvalitativ data. Om jeg skulle beregnet sannsynlighet for at jeg som student i master i systemisk praksis og familieterapi skulle anvende kvantitativ metode, hadde denne sannsynligheten vært lav. I følge søk på Diakonhjemmet Open Research Archive, var det ingen andre masteroppgaver som hadde gjort bruk av kvantitativ metode.

Jeg ønsket å få kunnskap om sammenhengen mellom bruk av KOR og familieterapeuters profesjonelle utvikling på gruppenivå. I forhold til pragmatisk holdning til valg av forskningsmetode anså jeg kvantitativ metode som mest egnet til gi meg kunnskap om gruppenivå og svare på forskningsspørsmålet. Videre anså jeg det som viktig som masterstudent i systemisk praksis og familieterapi, å våge å gå utenfor “rammen” for å få et nytt blikk på noe som har vært mitt interessefelt over lengre tid. Gregory Bateson fremholdt i ”Ånd og natur” viktigheten av doble beskrivelser, at gir en gevinst å forstå fenomener ved å kombinere viten fra to eller flere kilder ( Jensen, 2009). Dette ligner beskrivelsen av å utforske forskningsspørsmål ved triangulering, ved å undersøke fenomener fra flere forskningsmetoder eller ulike typer data.

Det er slik jeg vurderer det er det behov for kvantitativ forskning, både for å frembringe empirisk basert kunnskap om det som opptar det systemiske fagfeltet på gruppenivå, men også for å tilegne seg tilstrekkelig kunnskap om kvantitativ metode for senere å bli en ”kvalifisert kritisk” leser av kvantitative undersøkelser. I likhet med å forstå som leser om hvordan vitenskapelige tekster forfører oss, trenger vi kunnskap for å være kritisk til design, analysemetoder og resultater i statistikk og kvantitative undersøkelser. Vitenskap handler også om å gyldiggjøre egen praksis og terapeutisk ståsted, om makt og om spisse albuer. Spørsmålet er om systemiske familieterapeuter skal overlate den vitenskapelige latinen til psykoterapeuter i academia som er i ferd med å ikle seg, eller som allerede bærer hvite

frakker ? Kan vi forandre systemet utenfra? Er det mulig å forføre beslutningstakere gjennom vitenskapelige tekster uten å generalisert kunnskap?

Jeg håper min forskning kan bidra til økt grad av pragmatisme i valg av forskningsmetode, også innenfor det systemisk familieterapeutiske fagmiljøet.

### 3.2 SURVEY MED FLERMETODISK TILNÆRMING

Jeg valgte å gjøre en surveyundersøkelse. Det gir mulighet til å innhente både kvantitative data og kvalitative data, og gjøre en triangulering. Kombinasjon av og kvantitative data kvalitative data kan gjøres bare ut fra spørreundersøkelser (Looker, Denton & Davis 1999). Fordelen med triangulering er at svar på åpne spørsmål kan brukes til å utdype svar på strukturerte spørsmål.

Jeg anså bruk av survey som et tidsbesparende og effektiv måte å samle data på gruppenivå. Videre valgte jeg å bruke et allerede utprøvd spørreskjema, da det var anbefalt i metodelitteratur å anvende surveyer som var hadde blitt validitets- og reliabilitetstestet (Johannessen 2010). Tidligere utprøvde spørreskjema gir også mulighet til å sammenligne funn med andre undersøkelser.

#### 3.2.1 Oppbygging av spørreskjema

Spørreskjemaet består av 42 spørsmål, flere av spørsmålene består av flere items. Enkelte spørsmål var forbeholdt kun KOR brukere. Skjema ble inndelt i fem hoveddeler;

- 1) Grunnlagsinformasjon om terapeutene  
(kjønn, alder, profesjonell identitet, utdanningsgrad, teoretisk profil,)
- 2) Bruk og erfaring med KOR (Kun KOR brukere)  
(intensitet og omfang av KOR, påvirkning av KOR på involvering/utvikling)
- 3) Holdninger til bruk av KOR
- 4) Involvering med klienter
- 5) Nåværende/aktuell utvikling som terapeut

Del 1 og 2 er i hovedsak spørsmål som er utarbeidet av undertegnede. Spørsmål om holdninger til KOR er utarbeidet av psykolog/ Ph.d Morten Anker. Terapeututvikling og involvering med klienter består av norske versjoner av Psychotherapists `Professional Scales (PPDS) og Psychotherapists Work Involvement Scales (PWIS). PPDS og PWIS er selvrapporteringsskjemaer som er utviklet for systematisk evaluering og refleksjon over psykoterapeuters utvikling og involvering med klienter. Det er utviklet av David Orlinsky Helge Rønnestad. Tiltalelse til bruk er innhentet av copyrightsinnhavere American Psychological Association (APA) og utvikler psykolog/Ph.d Helge Rønnestad.

Jeg har valgt å bruke Psychotherapists Professional Development Scale (PPDS) til å undersøke profesjonell utvikling, og Psychotherapists Work Involvement Scale (PWIS) til å undersøke kvaliteten på profesjonell involvering (Orlinsky & Rønnestad, 2005). Det ble innhentet tillatelse til å bruke spørreskjema utviklet av Morten Anker som kartlegger holdninger til bruk av KOR. I surveyet er det spørsmål som er utformet spesifikt for de av familieterapeutene som har implementert KOR. Disse spørsmålene skal kartlegge erfaring med KOR i tid og antall saker, og motivasjon til å bruke KOR. Variablene vil bli undersøkt for sammenhenger med opplevd nivå av profesjonell utvikling, og kvalitet på profesjonell involvering. Det er i spørreskjemaet enkelte kvalitative spørsmål om familieterapeutenes subjektive opplevelse av om/og på hvilken måte KOR har påvirket terapeutens utvikling og involvering. Både utforming og omfang av spørreskjema ble det brukt mye tid på i løpet av prosessen. Fordelen med et større skjema er at det kan gi større grad av variasjon og fleksibilitet, i forhold til valg av analysemetode. Videre gir det større fleksibilitet i forhold til senere bruk av materialet. Mer omfattende spørreskjema kan på den andre siden bidra til lavere svarprosent. Videre kan det komplisere analysearbeidet for utrente forskere som undertegnede, ved at det blir brukt uforholdsmessig mye tid på analysearbeid. Gustav Haraldsen (1999) angir som en tommelfingerregel at en post-enquête maksimalt er på 12 sider med 100 spørsmål.( Johannsen m.fl., 2006 s. 231). Til sammenligning hadde det elektroniske questback-spørreskjema i alt 42 spørsmål, hvor mange av spørsmålene hadde del-items/underkategorier av spørsmål. Det viktig å ta i betraktning hvor motiverte personene som skal fylle ut skjema er. Det fremgår lite i faglitteraturen på omfang av elektroniske spørreskjema, som er betydelig enklere en spørreskjema besvart per post. Jeg tok derfor kontakt med toneangivende forskere/fagpersoner for råd og innspill i tillegg til at jeg drøftet problemstillingen med min veileder. Det ble gjennomført pre-studier ved at kollegaer, medstudenter eller venner gjennomførte spørreskjema. Tilbakemeldingene gav nyttige

innspill som gjorde at utforming og spørsmål ble presise. Enkelte endringer var ikke mulig å gjennomføre med hensyn til at deler av spørreskjema var copyright beskyttet. Til tross for at jeg endte opp med å teste ut et omfattende spørreskjema, så tilbakemeldte forsøkspersonene at det var en nyttig måte å reflektere over egen utvikling som terapeut. Testpersonene gav tilbakemelding om at det var viktig at respondentene satt av god tid til undersøkelsen. Det ble estimert at de som ikke brukte KOR ville bruke 15-30 minutter til å fylle ut det elektroniske spørreskjema, mens de som brukte KOR brukte 25-40 minutter. Det ble vurdert at en viktig forutsetning for prosjektet var godkjenning fra arbeidsgiver, slik at terapeuter fikk anledning og oppfordring til besvare undersøkelsen i arbeidstiden. Videre ble det planlagt at jeg som forsker skulle være tilgjengelig for støtte og svar på spørsmål om deltagelse og gjennomføring i forhold til ledere ved de ulike kontorene og terapeuter.

### 3.3 DESIGN

Jeg har valgt et tverrsnittsdesign, som er en undersøkelse med data fra et bestemt tidspunkt eller en avgrenset og kort periode (Johannesen, 2010). Tverrsnittsundersøkelser gir informasjon om hvordan fenomener varierer på undersøkelsestidspunktet. I denne tverrsnittsundersøkelsen er det i hovedsak kvantitative data som innhentes gjennom et spørreskjema som sendes til samtlige terapeuter i familievernnet i Norge.

Ideelt burde kanskje prosjektet vært eksperimentelt eller longitudinelt da forskningsspørsmålet er knyttet til utvikling. Konteksten for min forskning på KOR og terapeututvikling er en landsomfattende implementeringsprosess, hvor jeg som forsker ikke har mulighet til å randomisere hvilke terapeuter som gjør bruk av KOR og hvilke som ikke gjør det. Derfor var en eksperimentell studie ikke mulig. Metodelitteraturen beskriver at tverrsnittsdesign er et vanlig valg for de som har tidsbegrensinger eller hvor etiske hensyn gjør andre alternativer lite gjennomførbart. ”Det samme gjelder selvsagt også studenter som gjennomfører undersøkelser/prosjekter og må nøye seg med å gjøre enkeltstående tverrsnittsundersøkelser” (Johannesen, 2010 s. 75).

En utfordring med tverrsnittsundersøkelser er at de ikke kan måle endring over tid. Videre er det vanskelig å avdekke årsakssammenhenger, det vil si om en fenomen påvirkes av ett eller flere fenomener. Det er en utfordring å belyse sammenhenger mellom bruk av klientfeedback, profesjonell utvikling og kvalitet av involvering. For å undersøke slike sammenhenger kausalt burde jeg ha flere datasett over tid og et design som gav meg mulighet til å manipulere en

eller flere årsaksfaktorer. Metodelitteratur beskriver at det ikke er uvanlig å bruke tverrsnittdata til å teste årsakshypoteser. ”Slike undersøkelser kan imidlertid ha svært begrenset gyldighet”(Johannesen, s.75). En styrke i min undersøkelse er at jeg bruker anerkjente og utprøvde skalaer som konseptualiserer profesjonell utvikling og involvering. Utfordringen er hvordan sammenhengen med bruk av KOR skal belyses. Jeg vil analysere dataene med deskriptiv statistikk som sier noe om samvariasjon, men som ikke gir direkte årsakssammenhenger.

### 3.4 POPULASJON

Populasjon i undersøkelsen er alle familieterapeuter i familievernnet i Norge. (N=398). Familieterapeuter er her definert til alle som praktiserer familieterapi, og som er i en klinisk terapeutstilling i familievernnet. I 2009 var drøyt 37 prosent av de ansatte på familievernkontorene sosionomer, 26 prosent psykologer, 18 prosent hadde annen faglig utdanning, de resterende 18 var merkantile. Siden jeg gjør en populasjonsundersøkelse, har jeg muligheten til å få god validitet dersom svarprosenten er høy nok.

Grunnlaget for at jeg velger å spørre hele populasjon er:

1. Det er større mulighet for å motta mange nok svar til å gjøre aktuelle statistiske analyser.
2. Elektronisk innsamlet materiale er tidsbesparende, og det er lite merarbeid å utvide utvalget.
3. Data fra hele populasjon kan være nyttig for senere undersøkelser/ longituduelle oppfølgingsstudier.
4. Det er i liten grad gjort undersøkelser av familieterapeuter på gruppenivå.

### 3.5 DATAANALYSE

Dataanalyse ble gjennomført med SPSS 17.00 for Windows. Jeg har i forhold til valg av spesifikke analyser av kvantitative dataene basert meg på Introduksjon til SPSS (Johannesen, 2003), Introduksjon til samfunnsviteskapelig metode (Johannesen og Tufte, 2002), Enhet og mangfold (Ringdal, 2009), SPSS Survival Manual (Pallent, 2005) og Discovering Statistics using SPSS (Field, 2009).

Resultatene av spørreundersøkelsen blir presentert i form av en statistisk beskrivelse av utvalget, der jeg vil se på sammenhenger mellom ulike variabler. Sammenhengene vil bli omtalt som korrelasjoner, som er den statistiske terminologien for sammenhenger mellom variabler. I tillegg vil jeg trekke ut underliggende eller felles trekk ved variasjonen ved bruk av faktoranalyser av utvalgte variabler.

I analyse av familieterapeutenes beskrivelser har jeg brukt en fenomenologisk analysemetode ved å dele inn tekstdata i ulike meningsenheter og som kan gi et mer rikholdig perspektiv på enkelte av variablene i den statistiske analysen.

Da datagrunnlaget er svært omfattende, har jeg valgt å ha hovedfokus på analyser som bidrar å besvare forskningsspørsmålet.

Det henvises til kapittel 2.4 som for nærmere beskrivelser av ulike indekser som er mulig å få ut av undersøkelsen: PPDS som gir data om opplevd utvikling og PWIS som gir data om kvalitet på involvering med klient. I forhold til de ulike indeksene er samvariasjonen mellom familieterapeuter som gjør bruk av KOR, og de som ikke bruker klientfeedback, blitt undersøkt. Innenfor gruppen av informanter som gjør bruk av KOR, har jeg undersøkt om det er forskjell på profesjonell involvering/utvikling, i forhold til erfaring i tid/intensitet i mengde saker av KOR bruk, og motivasjon/holdninger til bruk av KOR.

Det ble også foretatt analyse av kvalitet på profesjonell involvering ved å se på grad av terapeutisk involvering og stresspreget involvering, og mønstre av opplevd praksis. Profesjonell utvikling ble analysert ved å se på *opplevelse av vekst* og *opplevelsen av tilbakegang*. Det vil si at om vekst er dominerende viser dette at terapeut opplever progresjon, om opplevelse av tilbakegang dominerer vil dette vise regresjon. Er det mye av begge dimensjonene vekst/tilbakegang, viser dette at terapeuten er preget av ustabilitet. Om terapeuter verken rapporterer vekst eller tilbakegang viser dette stasis. Positivt kan dette bety stabilitet, negativ kan det bety stagnasjon.

### 3.5.1 Beskrivende analyser

Normalfordeling er undersøkt ved å benytte Kolmogorov-Smirnov og Shapiro-Wilk test. Dette er gjort i tillegg til visuell vurdering av histogram med normalkurve. Det er beskrevet i

metodelitteraturen at i utvalg med mer enn 200 enheter, er det viktig å vurdere normalfordelingen (skewness/kurtosis) visuelt (Field, 2009). Parametriske tester er gjort i en begrenset grad. Det er til dels fordi parametriske tester er krevende i form av statistisk kompetanse og dels fordi parametriske tester i hovedsak er utviklet for å teste lineære årsakshypoteser som finnes i eksperimentelle design. Estimering av generaliserbarhet av undersøkelsen, dvs. i hvilken grad resultatet av undersøkelse kan bidra til å si noe om populasjon er gjort gjennom å lage et konfidensintervall. Korrelasjonstester er gjennomført som eksakte tosidige tester (Exsagt SIG.(”2-.tailed). Dette er med bakgrunn i at analysen er gjort på et datamateriale fra en tverrsnittundersøkelse, noe som vanligvis innebærer at det ikke er klare hypoteser om retning på sammenhengene mellom variablene. Videre er det undersøkt om korrelasjoner er signifikante, dvs. at om sammenhenger funnet blant de som har besvart på undersøkelsen kan generaliseres til populasjonen. Om ikke annet er spesifisert vil signifikans vil ved 0.01 ( $P < 0.05$ ) nivå fremgå teksten ved en stjerne \* , og ved 0.01( $P < 0.01$ ) nivå fremgå som to stjerner \*\*. Ikke signifikante fordelinger vil presenteres som i. s. eller n. s. (not significant). I beregning av korrelasjonsstyrke vil jeg basere meg på definisjon i Tufte og Johannesen (2002:183) som betegner  $r \leq 0.50$  som meget sterk korrelasjon,  $r = 0.30-0.40$  som relativt sterk korrelasjon,  $r \leq 0.20$  som en moderat korrelasjon.

### 3.5.2 Relasjoner mellom tall

*It is impossible, in principle, to explain any pattern by invoking a single quantity.*

*Gregory Bateson.*

Statistikk med korrelasjonsanalyser handler om relasjoner, noe som kan oppleves trygt og gjenkjennelig for en familieterapeut. Forskjellen er at relasjonene er mellom tall og ikke mennesker. Tallene representerer enhetene, eller synspunktene til familieterapeutene i min undersøkelse. I likhet med mellom mennesker, er det ulike kvaliteter på relasjonene. Enkelte relasjoner er mer meningsfulle, og andre har begrenset betydning. Relasjoner mellom mennesker kan inndeles i nivåer utfra hvor betydningsfulle de er fra nære venner, svigermor og til fjerne slektninger eller folk vi treffer på butikken. I familieterapi er parterapi et begrep fordi kjæresterollen eller relasjonen til partner er anerkjent (på gruppenivå) å være av en særlig betydning for de fleste. Statistikk operer på tilvarende måte med ulike nivå for tallene kalt målenivå. Målenivå angir hvor betydningsfull og hva slag informasjon som ligger i

tallene, hvor anvendelig tallene er i ulike matematiske beregninger sammen med andre tall, og i valg av statistiske analyser. Det laveste nivå er kalt nominalnivå. Det er tall som fungerer som merkelapper. De klassifiserer i ulike kategorier som er gjensidig utelukkende som eksempelvis 1.mann eller 2. kvinne. I mitt materiale er spørsmål om terapeuter har videreutdanning i familieterapi eksempel på nominalnivå. Enten er svaret ja = 1 eller nei = 2. Kategoriene er i likhet med mann og kvinne gjensidig utelukkende, enten har du 60 studiepoeng i familieterapi eller så har du ikke. Kategorier gir lite mening å rangeres, og har begrenset verdi i statistiske analyser.

Neste nivå, som er det mest vanlige, omtales som ordinalnivå og er tall hvor det gir mening å rangere. Spørsmål med graderte svaralternativ som 1.helt uenig, 2. litt uenig til 5.veldig enig er eksempel tall som kan rangordnes. De fleste dataene i min undersøkelse er på ordinalnivå.. Selv om tallene kan rangordnes har de statistiske begrensninger. De fleste ville hevde at en linjal som besto av tilsynelatende tilfeldige rangerte tall; 1,7, 11,13,19 har liten verdi. Selv om tallene er rangert i riktig rekkefølge, så mister linjalen sin verdi hvis avstanden mellom tallene er ulik og ikke gir noen mening. Ordinalnivå gir flere muligheter til statistiske analyser ved at tallene rangerte, men det er fremdeles begrensninger. Både nominalnivå og ordinalnivå omtales som kategoriske variabler.

Intervallnivå og eller forholdstallsnivå er datene som gir størst valgfrihet og minst begrensninger i valg av analysemetode. Begge nivåene kjennetegnes med at det er nøyaktig lik avstanden mellom tallene/verdiene. Tidsregning, eller temperaturmåling er eksempel på intervallnivå. Forholdstallsnivå skiller seg fra intervallnivå ved at det har et opplagt nullpunkt. Det har derfor det høyeste målenivå ved at det er mest presist, ved nullpunkt har det et nøyaktig startpunkt i en rangering. I min undersøkelse spørsmål om hvor lange erfaringsnivå oppgitt i år. Her er det et opplagt nullpunkt, 0 = ved ingen erfaring. Tilsvarende er med alder da alle har vært 0 = ved fødsel. Intervall og forholdstallsnivå omtales som kategoriske variabler. Ordinalnivå med fem eller flere verdier er ofte anerkjent som en kategorisk variabel og brukes i statistiske analyser på tilsvarende måte som intervallnivå (Johannesen mfl., 2006).

Det er ulike meninger om hvilke valgmuligheter de ulike målnivåene. En posisjon mener at tall, eller det å regne ut gjennomsnitt, gir først mening på intervall- og forholdstallsnivå. Denne betraktningmåten er sterkt angrepet de senere år.” Et hovedsynspunkt er at substansiell teori og måling er to forskjellige ting. Målteori går på det substansielle mening



bak tallkodene. Statistisk teori har utelukkende med relasjoner mellom tall å gjøre og tallenes tolkning er følgelig irrelevant for enhver statistisk. Søking etter nye og interessante mønstre i data bør ikke avgrenses ved at målenivåene tolkes for bokstavelig” (Velleman & Wilkinson 1994 i Ringdal, 2007).

Variablene er tallene i min undersøkelse i hovedsak på ordinalnivå, de fleste har fem eller flere variabler. Mange av spørsmålene (items) er effektindikatorer som er sammensatt til skala. Skalaene er anerkjente og reliabilitetstestet. Vurdering av skalaene i SPSS viser at tallkvaliteten befinner seg på intervallnivå. Å lage sammensatte mål eller utvikle skalaer, er en vanlig måte å gjøre dataene mer kontinuerlige enn hver enkelt av de variablene de bygger på (Ringdal, 2007). I valg av analysemetoder vil jeg forholde meg til litteratur, og bruke skjønn i forhold valg av analysemetode.

Statistiske sammenhenger mellom KOR-bruk, involvering og utvikling er undersøkt i hovedsak ved krysstabeller og korrelasjonsanalyser. I de tilfeller det er to kontinuerlige variabler vil jeg bruke Pearson  $r$ , og benytte meg av ulike spesialtilfeller av  $r$ , som Punkt-biserielle korrelasjonskoeffisienten,  $\phi$ , Spearmans rangordenkorrelasjon som gir et utvidet anvendelsesområde for Pearson  $r$ . (Ringdal, 2007, s.305 ).

Pearsons  $r$  er det helt dominerende korrelasjon mål i publikasjoner. Dette skyldes at Pearsons  $r$  kan brukes på kontinuerlige variabler, og flere korrelasjonsmål tilpasset andre variabeltyper er spesialtilfeller av Pearson  $r$ . Korrelasjoner mellom dikotome variabler og mellom dikotome og kontinuerlige variabler kan beregnes ved hjelp av  $r$ . Også på rangordnede data kan  $r$  benyttes. ”Endelig er det vanlig å benytte  $r$  også på ordinale kategori-variabler hvis de meningsfylt kunne antas å måle en latent kontinuerlig variabel og ha minst fem kategorier ”(Ringdal, 2007s. 317).

Det er fire krav til variabler for å gjøre bruk av parametriske tester; a) normalfordistribusjon b) homogenitet i variansen c) er på intervallnivå eller tilsvarende d) uavhengighet (Field, 2009 s. 133). Undersøkelse av variablene viste at de fleste ikke oppfylte kravene til parametriske tester. Enkelte variabler som stresspreget involvering oppfylte parametriske krav, for både gruppen av KOR brukere og andre terapeuter. Skala for terapeutisk involvering oppfylt krav til normalfordeling for KOR brukere etter at variablene var endret til krav til normalfordeling etter at transformasjon til kvadratroten. Metodelitteraturen omhandler i hovedsak analyser i

forhold til bruk av parametriske tester. Det beskrives at det er vanlig å bestrebe seg på å transformere data for å oppfylle krav til parametriske tester. Jeg gjorde bestrebelser på dette men vurderte at for liten del av variablene oppfylte kravene slik at det var mer nyttig å gjøre bruk av ikke-parametriske analyser. Det er valgt å gjøre bruk av enkelte parametriske tester for å kunne sammenligne med variabler med andre undersøkelser. At variablene skal være normalfordelte er en forutsetning for å kjøre parametrisk statistikk (statistikk som baserer seg på gjennomsnittsmål). Jeg velger likevel å kjøre disse analysene, med viten om forbehold ved tolkning av resultatene.

Eksempelvis er det valgt å gjøre bruk av t-test , samt supplere med de rangordnende ikke parametriske ekvivalenten Mann-Whitney U eller Kolmogorov-Smirnov Z. Dette er gjort for og ikke miste muligheten til på sammenligne variablene stresspreget og terapeutisk involvering med internasjonale data som er oppgitt i gjennomsnitt. (se punkt 4.5.4). Parametriske tester på variabler som ikke innfrir krav til normalfordeling er ikke et uvanlig fenomen. I populasjonsundersøkelsen Elevundersøkelsen 2011 til NTNU samfunnsforskning brukes parametriske tester med forbehold knyttet til resultat tolkning (Wendelborg m.fl. , 2011).

### 3.5.2 Opplevde paralleller mellom statistikk og systemisk tenkning.

Forskningsprosessen er først og fremst oppdagelsesreise for forskeren som blir videreformidlet til lesere av forskningsrapport. I løpet at denne prosessen oppdaget jeg mange likheter mellom statistikk og systemisk tenkning. Statistikk vektlegger sannsynligheter og noe som ligner på bruk av hypotesebruk samtaleprosessen i tidlig systemteori (Johannesen, 2012) Videre er statistikk varsom med årsaksforklaringer, mener opptatt av i likhet med i systemisk teori og se etter sammenhenger (Field, 2009). Analyseprosessene handler ofte om å lete etter å finne hvilke variabler som samvirker, og finne ut hvor mye som ikke kan forklares av denne virkningen. Bivariate analyser ligner på fokuset på dyader eller fokuset på par i systemisk tenkning. Forbeholdet om at det alltid vil være noe annet som påvirker og samvirker en det som er i fokus, er tilstede i statistikk som i systemisk tenkning. Videre er perspektivet tilstede at dataen ikke kan representere en objektiv virkelighet. Thorana S. Nelson og Davis D. Allred advarer familieterapeuter som foretar spørreundersøkelser om ikke å gå fellen med å prøve å finne en ”sannhet”, at eller fakta om en populasjon uten at det å vurdere perspektiv på andre måter å forstå konstruksjonen bak spørsmålet og de mange mulighetene som respondentene kan tolke spørreskjema. *That is, Survey research may produce accurate numbers about a*

*variable, its distribution in a sample, and its relationship to other variables. What the descriptions and relationships means, however, is a subjective issue of interpretation. Researchers should be careful to distinguish the difference* (Sprinkle (Ed.), 2005 s. 230).

Spuriøse sammenhenger, er for eksempel sammenhenger mellom to variabler som kan være forårsaket mellom av effekten en annen variable. I systemisk tenkning advares det mot å se etter sammenhenger.

*"Numbers are the product of counting. Quantities are the product of measurement. This means that number can conceivably be accurate because there is a discontinuity between each integer and the next." Gregory Bateson.*

### 3.5.3 Sammenhenger mellom KOR, terapeututvikling og involvering.

Forskningsspørsmålet/problemstillingen innebærer å se etter statistiske sammenhenger mellom klientfeedback og terapeututvikling og kvaliteten på involvering med klienter. Min hypotese i ved oppstart av prosjektbeskrivelsen var at hvis terapeuter aktivt bruker KOR til å monitere og guide terapiprosessen, vil dette medvirke til positiv nåværende utvikling, og igjen terapeutisk involvering. Det innebærer at jeg i en statistisk analyse må undersøke nullhypotesen ( $H_0$ ), som her vil være at det ikke finnes noen statistisk sammenheng mellom bruk av KOR og nivå av terapeututvikling og kvalitet av involvering. Om nullhypotesen viser seg ikke å stemme, kan jeg undersøke min (alternative) hypotese ( $H_1$ ) og si noe om statistisk sannsynlighetsnivå. Dette er Karl Popper sitt falsifiseringsprinsipp; det er umulig å påvise at en hypotese er sann, men vi kan vise at den er gal. Det er vanlig å beregne et signifikansnivå ( $\alpha = 0,05$ ) på 5 prosent (Ringdal, 2009). Det vil si at sammenhengen mellom bruk av KOR og nivå av terapeututvikling eller kvaliteten på involvering (det observerte= $X_2$ ) er større en 5 % ( $p > \alpha \rightarrow H_1$  beholdes). I analysen av det kvantitative tallmaterialet inntar jeg en mer deduktiv posisjon.

I den kvalitative analysen kan jeg som forsker innta mer av en rolle som oppdager. Ved å studere tekstbesvarelsene kan jeg på gruppenivå prøve å oppdage familierapeutene sine meninger om sammenhenger mellom bruk av KOR og terapeututvikling og involvering med klienter. Jeg har her en induktiv posisjon. Thagaard formidler at forsker veksler mellom ulike

posisjoner, mellom det induktivitet og deduktive, at det handler om å systematisere og innlevelse (Thaagaard, 2004).

### 3.6 ETISKE REFLEKSJONER

Et etisk dilemma er at jeg selv tilhører gruppen jeg skal forske på. Jeg er opptatt av KOR og hvordan bruk av klientfeedback har bidratt i min egen terapeutiske utvikling. Dette kan medføre at jeg blir fanget av egen for-forståelse om en positiv sammenheng mellom bruk av KOR og terapeutisk utvikling, og at designet i tilstrekkelig grad fanger opp flere og alternative perspektiv på KOR og terapeutisk utvikling. Samtidig er min interesse for- og kjennskap til KOR en ressurs for meg som forsker.

Informantene må få tilstrekkelig informasjon til å gjøre et kvalifisert valg om å delta (Ryen 2002). Det er viktig at de som deltar i undersøkelsen får opplyst om mål med undersøkelse, at deltagelse er frivillig og at opplysningene er anonymisert. Det er ingen av spørsmålene som omhandler sensitive opplysninger. Om det under de åpne spørsmålene skulle fremkomme opplysninger som er av sensitiv art vil dette bli tatt hensyn til under analysen, slik at detaljer som kan identifisere enkeltindivider unngås i forskningsrapporten. Da deler av undersøkelsen kan frembringe opplysninger om hvorvidt informanter følger arbeidsgiver sine pålegg om å implementere fremgangsmåten KOR, er det kanskje særlig viktig å få frem at ikke arbeidsgiver eller andre kan identifisere informantene. Dette er viktig for at informantene i størst mulig grad opplever seg trygge til å gi mest mulig korrekte opplysninger om omfang og anvendelse, og motivasjon til bruk av KOR. Da jeg forsker på terapeuter, og ikke klienter, er det ingen deler av prosjektet som berører klientkonfidensialitet. Personer vil ikke kunne bli identifisert eller registrert som følge av undersøkelsen. Det er valgt å utarbeide en anonym identifikasjonskode for å sammenligne svar fra informant med eventuelle senere replikasjoner av undersøkelsen. Identifikasjonskoden vil være av en slik art at forsker eller andre ikke er i stand til å navngi personer i undersøkelsen. Identifikasjon koding av informantene ble gjort ved at informantene oppga de to siste bokstavene i mors etternavn og fødselsåret til mor.

### 3.7 GODKJENNINGER

Surveyundersøkelsen ble vurdert av norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste til ikke å utløse meldeplikt eller konsesjonsplikt etter Personopplysningsloven §§31 til §§33. Det ble

beskrevet et forbehold fra NSD om at bruk av Questback ivaretok anonymitet som beskrevet i søknad, slik at det ikke var mulig å koble svar fra undersøkelsen til identifiserbare e-postadresser. Da jeg skal forske på terapeuter, og ikke på klienter eller grupper som defineres som ”svake grupper”, vurderte jeg at undersøkelsen trolig ville være utenfor mandatet til regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK). Jeg foretok en henvendelse til REK som bekreftet at prosjektet var utenfor deres mandat. Jeg tok kontakt med Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (BUFDIR) og fikk godkjenning til å gjennomføre prosjektet, med en anbefaling til ansatte og ledere til å delta. Videre fikk jeg finansiell støtte til utlodning av studiestøtte på kr 10 000,- for de som deltok i undersøkelsen. Premien var ment til å øke muligheten for deltagelse. Det ble vurdert at det var behov for en å gi en ekstra motivasjon i for av deltager premie siden spørreskjema var omfattende, med mange items, som i alt tok 15-40 minutt å besvare.

### 3.8 GJENNOMFØRING AV SPØRREUNDERSØKELSEN

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) ble kontaktet for å få en oversikt over ansatte i familievernet. Bufdir hadde ingen oversikt over ansatte i klinisk fagstilling. Da det manglet en fullstendig oversikt over klinikere i familievernet, ble hvert enkelt familievernkontor kontaktet for å en kvalitetsikret oversikt over klinikere/familieterapeuter og med kort informasjon om undersøkelsen. Familievernkontor som ikke besvarte e-post ble kontaktet per telefon. Når det oversikten over samtlige kontorer var komplett, fikk hvert kontor tilsendt skriftlig informasjon om undersøkelsen. Et informasjonsbrev var rettet til leder og et brev til ansatte/potensielle informanter. Det ble valgt å sende informasjon på forhånd av flere grunner, for å sikre høyest mulig deltagelse og at det ble en bevissthet om undersøkelsen ved hvert enkelt kontor. Videre ble det lagt ut informasjon om undersøkelsen på intranett. Der ble det oppfordret til at ansatte kunne ta direkte kontakt med undertegnede vedrørende spørsmål om undersøkelsen.. Det var særlig spørsmål om deltagelse i undersøkelsen og ivaretagelse av anonymitet som ble etterspurt. Ofte spurte spørsmål ble integrert del av purring/takkebrev som ble tilsendt per e-post og i informasjon på intranett. Det ble i alt sendt tre purringer av i løpet av undersøkelsen. Svarfrist på undersøkelsen ble utvidet med en uke.

## KAPITTEL. 4 SURVEY RESULTAT OG DRØFTING

### 4.1 DATAKVALITET

#### 4.1.1 Kriterier for deltagelse og svarprosent

Spørreskjema ble sendt til 398 terapeuter i familievernnet. Hvert enkelt familiekontor hadde blitt kontaktet pr e-post og pr telefon, for å få en oversikt over kliniske generalister/familieterapeuter som hadde aktiv klientkontakt på undersøkelsestidspunktet. Det vil si at ledere uten klientkontakt, personer i permisjon, sykemeldte, eller klinisk ansatte med spesialfunksjoner ble ekskludert. Eksempel på spesialfunksjoner som ble ekskludert er terapeuter som utelukkende behandlet barn/foreldre med stringent atferds modifierende metodikk som PMTO/MST. Til tross for at ansatte oversikt ved hvert enkelt kontor i familievernnet ble kvalitetsikret av leder eller merkantil, viste det seg at enkelte respondenter ikke fylte kriteriet til deltagelse. Fire ble ekskludert av overnevnte grunner, slik at det var 394 i bruttoutvalget for undersøkelsen og i alt 229 respondenter som tilfredsstilte kriteriene for inklusjon i nettoutvalget. En respondent ble tolket som ikke avgitt svar da det var gjennomgående 0 i bevarelse. Det gir et frafall på 41,9 % og svarprosent på 58,1 %.

Det ble kartlagt at bruttoutvalget består av 394 terapeuter, og dette stemmer bra sammenlignet med opplysninger fra statistisk sentralbyrå (SSB) for året 2011. SSB beregnet 430 årsverk i familievernnet og at (82 %) 352 av disse utgjør fagstillinger (ikke merkantile funksjoner) (statistisk sentralbyrå). Tallene fra SSB er ikke direkte sammenlignbare, da lederstillinger beregnes som fagstillinger, samt at årsverk ikke kan sammenlignes direkte med antall terapeuter i bruttoutvalget.

#### 4.1.2 Frafall i forhold til alder og kjønn

Tabell 1. Frafall/svarprosent fordelt på kjønn

	Estimert bruttoutvalg	Frekvens svar/prosent	Svarprosent
Menn	119 (29,8 %)	68 (29,6 %)	57,1 %
Kvinner	279 (70,2 %)	161 (70,4 %)	57,7 %
Totalt	398 (100%)	229 (100 %)	57,3 %

Analyse av kjønn lest ut av e-post adressene til bruttoutvalget, sammenlignet med respondentene, viste at kvinner hadde en svarprosent på 57, 7% og menn hadde en svarprosent på 57, 1 %. Det er estimert at 7 av 10 terapeuter i familievernnet er kvinner, tilsvarende kjønnsfordeling har svart på undersøkelsen. Utvalget er derfor representativt med hensyn til kjønn (se tabell 2 ).

Alderssammensetninger til bruttopopulasjon er ukjent og det er derfor ikke mulig å analysere frafall i forhold til alder.

#### 4.1.3 Frafall i forhold til bruk av KOR

Spørreskjema ble utformet slik at det var mulig å oppnå full anonymitet, noe som medførte at opplysninger om kontortilhørighet ble utelatt. Da kontorene har implementert KOR i ulike faser, hadde vært nyttig å gjøre en kontorvis sammenligning, forutsatt at anonymitet kunne ivaretas.

På bakgrunn av kjennskap til implementeringspuljene i familievernnet lyktes det å estimere fordeling av KOR erfaring i bruttoutvalget, og sammenligne det med respondentene sitt erfaringsnivå med KOR (se tabell 1). Dette gav et bilde av svarprosent med hensyn til erfaring av KOR. Det ble estimert at 222 (55,8 %) av terapeutene var fra kontor som hadde implementert KOR, og 176 (44,2 %) terapeuter ikke hadde implementert KOR. Av de 222 terapeutene som antas å bruke KOR har 123 svart. Det utgjør en svarprosent på 55,4 % av estimerte brukere av KOR. Det antas at 176 terapeuter har tilhørighet til kontor som ikke har implementert KOR. 106 respondenter oppgir at de ikke bruker KOR, noe som gir en svarprosent blant non-KOR på 60,2 %. Estimeringen er usikker, da det er mulig å bruke KOR til tross for at klientfeedback ikke er implementert på eget arbeidsted, det er også sannsynlig at enkelte ikke anvender KOR til tross for at de er tilknyttet kontor som har implementert KOR. Det vurderes at frafall er likt fordelt mellom gruppen av terapeuter som bruker KOR og de som ikke gjør det.

#### 4.1.4 Frafall i forhold til utdanning

I oversikt som ble innhentet over terapeuter i familievernnet fremgikk det stillingstittel og/eller utdanningsgrad, dette gav grunnlag til et estimat av utdanningsgrad i bruttoutvalg (blant KOR

brukere) som kunne sammenlignes utdanningsgraden til respondentene. Det er noe skjevfordeling i forhold til utdanningsløp, ved at det er noe høyere svarprosent av de som har lengst utdanningsløp. Skjevfordelingen er ikke vurdert som vesentlig da svarprosentene fra utdanningskategoriene ikke er vesentlig underrepresentert i forhold til generell svarprosent for KOR brukere (se tabell 3 i vedlegg). Det er knyttet en del usikkerhet til estimat i spennet mellom bachelor/cand. mag og master/hovedfag. Videre er det en svakhet med estimering av svarprosent i forhold til utdanningsgrad, at om lag halvparten (les: KOR brukere) av utvalg/responenter er vurdert.

#### 4.1.5 Datakvalitet vurdert i forhold til frafall

Estimater av bruttoutvalg og sammenligning av responenter med hensyn til kjønn, utdanningsgrad og bruk av KOR, gir ingen grunnlag for å vurdere at det vesentlige skjevfordeling. Det vurderes at svarprosent på 58,1 er tilfredsstillende med hensyn til omfanget av materialet. Det er lite beskrivelser om svarprosent/validitet fra omfang i populasjonsundersøkelser. De fleste beskrivelser i faglitteraturen om svarprosent er i forhold til utvalgsbaserte undersøkelser.

#### 4.1.6 Validitet

Validitet handler om å vurdere i hvilken grad informasjon som kommer frem i undersøkelsen er gyldig, det vil si hvor godt informasjonen representerer virkeligheten, og hva eller hvem den er gyldig for (Johannessen m.fl. 2006). Er det en god sammenheng mellom innsamlet data og virkeligheten den representerer, sier vi at undersøkelsen er valid. Vi skiller mellom forskjellige former for validitet. To viktige former er:

1) Begrepsvaliditet

2) Ekstern validitet

På norsk kan vi kalle begrepsvaliditet troverdighet. Troverdighet til en undersøkelse omhandler dataene vi oppnår og relasjonen mellom fenomenenes som undersøkes. Sagt på en annen måte, måler vi det vi tror og har til hensikt å måle? Det er flere måter å bestemme om indikatorer er valide eller ikke. I studiet ble det valgt å bruke kjente indikatorer for å undersøke nåværende utvikling eller terapeuters opplevelse av relasjon til klient gjennom begrepet involvering. Begrepene er operasjonalisert og validert i tidligere studier som hadde til hensikt å undersøke tilsvarende fenomen. Samtidig er terapeututvikling, og opplevelse av relasjon til klienter, noe som kan operasjonaliseres på mange ulike måter. Den kvalitative



tilnærmingen har en styrke i forhold til åpne spørsmål eller induktiv tilnærming gir mulighet til større tilfang til og mer bredde i begrepene. I denne undersøkelsen er dette løst ved å kombinere validerte og operasjonaliserte begrep med åpne kvalitative svar alternativ. Den enkleste måten å vurdere validitet er å bruke sunn fornuft, også kalt “face validity”(Ibid). Både respondentene og jeg er terapeuter, og har ut fra praksis direkte erfaring med temaene som undersøkes. Jeg vurderer å ha fått utfyllende svar på det jeg etterspør i undersøkelsen. Derfor mener jeg at undersøkelsen har god validitet.

Det kan være en fare ved undersøkelsen, og som kan trekke validiteten i negativ retning er at jeg å undersøker kompliserte begreper med harde data (dvs. tall). Svarene på spørsmålene vil alltid være relieff av kontekstuelle forhold som jeg ikke har tilgang til og gjenspeiler enkeltpersoners subjektive opplevelser. Det som gjør dette mindre problematisk og som kan være en styrke for validiteten er min fagbakgrunnen min som systemisk familieterapeut; jeg er bevisst at tolkningen av dataene, og svarene vil være avhengig av hvem som observerer og fra hvilket perspektiv de betrakter situasjonene fra. Det er ”multiverser” på gruppenivå i likhet med på individnivå ( Tjersland, O. A. , 1989).

Kvantitativ forskning er ofte preget av distanse til fenomenene det forskes på, og objektivitet holdes opp som et ideal. Faren ved denne distansen er at forskeren kan bli ”alene” med egen forforståelse. Forforståelse i den forstand at analysene blir preget av å lete etter det viktige signifikante sannheter for forskeren, og at ”tallene” ikke lyttes til. Det er gjerne lettere ”å bli forstyrret” i sin egen forforståelse gjennom tekst eller i møter ansikt til ansikt. Samtidig bidrar valg og krav til analyser til et bevist valg av variabler og et kritisk blikk på om sammenhenger sannsynliggjort statistisk eller om det bare er hypoteser: Statistikk har etter min mening sammenfallende syn fra en konstruksjonists syn av å ikke lete etter objektive sannheter, men sannsynliggjøre sammenhenger.

Ekstern validitet, på norsk kalt overførbarhet, handler om i hvilken grad mine funn er overførbare fra utvalget til populasjonen. Jeg mener at funnene ikke fullt ut er generaliserbare, blant annet på grunn at det ved undersøkelse av terapeututvikling og involvering med klienter hadde vært en styrke ved flere målepunkt for å si noe generelt om fenomener som prosessuelle. Videre er det vanskelig å generalisere ”opplevelses”-fenomen, det er mer nyttig å omtale det som forsøk på brede beskrivelser fra en gruppenivå. Det hadde vært en styrke for generaliseringen omkring opplevd kvalitet på relasjon klient-terapeut at det hadde vært innhentet data fra klienter. Feedback fra klienter hadde vært en ikke uvesentlig styrke i et

studie av klientfeedback. Eventuelt observasjonsdata fra klient-terapeut samtaler. Videre er det som undersøkes del av implementeringsprosess som er komplisert å generalisere på gruppenivå, da det er mange forhold som kan påvirke hvordan den enkelte terapeut nyttiggjør seg av KOR. Vellykket implementering kan tenkes å være avhengig av at det er støtte, og entusiasme på arbeidstedet.

Målsetningen med studiet var ikke å generalisere men å lete etter sammenhenger på gruppenivå som kan si noe om terapeuters opplevelse av terapeututvikling og hvordan terapeuter opplever påvirkning fra innføringen av KOR. Som en tommelfingerregel må man ha en svarprosent på 50 prosent, før den er akseptabel, og kan brukes til generalisering (Johannessen m.fl. 2006, s. 206). Min svarprosent ligger på ca. 58% og er over denne marginen.

#### 4.1.7 Reliabilitet

Et annet begrep i kvalitetsvurdering av forskningsresultater er reliabilitet, på norsk oversatt til pålitelighet. Det handler om hvor pålitelig og sannferdig studien er. Begrepet knytter seg til undersøkelsens data (målinger), og rommer kriterier som brukes til å vurdere hvor pålitelige disse er (Johannessen m.fl. 2006).

Jeg bruker kombinasjon av egne erfaringer som terapeut og bruk KOR samt standardisere spørsmål for å måle klientutvikling og klientinvolvering til å utforme spørreskjema. Dette mener jeg påvirker reliabiliteten i positiv retning. Det som kan trekke reliabiliteten noe ned, er at frafallsprosenten kunne vært lavere. Det gjør at svaret kan gi opphav til tolkninger som ikke er representativt for utvalget. Imidlertid viser estimeringer av populasjonen sammenlignet med ulike forhold (kjønn, KOR/non-KOR, utdanningsnivå) ved respondentene, at det er grunn til å tro at respondentene er representative for populasjon. Jeg mener derfor at mine resultater ikke inneholder vesentlige skjevheter som kunne bidratt til å redusere påliteligheten til at respondentene er representative for populasjon. Framstillingen min er derimot ikke objektiv, men siktemålet er å studere fenomenet ut fra mitt ståsted som terapeut og forsker. Derfor finner jeg reliabilitet.

Det var i gjennomgående høy andel av avgitte svar fra respondentene. Av de 229 respondentene var det om lag gjennomgående 99% som hadde svart på spørsmålene. Det skyldes nok delvis at det elektronisk spørreskjema var utformet slik at respondentene måtte oppgi et svar for gå videre i undersøkelsen.

## 4.2 HVEM ER FAMILIETERAPEUTENE?

### 4.2.1 Foretrukket identitet som terapeut

I undersøkelsen er alle terapeuter omtalt som familieterapeuter. På spørsmål om foretrukket yrkesbetegnelse fremgikk det var flest sosionomer (39, 3 %) tett fulgt av psykologer (29, 3 %). Disse utgjør om lag 7 av 10 terapeuter undersøkelsen. Dette er forenelig med opplysninger hentet fra statistisk sentralbyrå (SSB); i 2011 var om lag 36% av de ansatte sosionomer, 26 % psykologer og 20 prosent hadde annen faglig utdanning (*statistisk sentralbyrå*). 22,7 prosent oppga annet som identitet. Hoveddelen (65 %) av disse oppga familieterapeut som foretrukket identitet, eller en kombinasjon av familieterapeut og klinisk profesjonstitel. De resterende oppga foretrukket identitet barnevernspedagog med eller uten klinisk spesialkompetanse. Enkelte oppga teologisk eller filosofisk fagbakgrunn.

Omlag 8 av 10 har videreutdanning i familieterapi med 60 studiepoeng eller mer.

Krysstabell i forhold til foretrukket yrkesidentitet viser at nesten samtlige har høy andel av videreutdanning i familieterapi med unntak fra psykologer som utgjør 15,3% av 23,1 % som ikke har relevant videreutdanning i familieterapi.

Familieterapeutene er påvirket av mange teoretiske retninger i sitt arbeid. Med tanke på at over 80% har systemisk (les; familieterapi) videreutdanning, er det ikke overraskende at systemisk teori mest fremtredende. Humanistisk og kognitiv teori er også fremtredende. Familieterapeutene er i minst grad påvirket av atferds terapeutisk teori (se tabell 2. ).

Samtlige av de største yrkeskategoriene, Sosionomer, psykologer og annet er mest preget av systemisk teori. Sosionomer og annet kategorien ligger over gjennomsnitt i forhold til hvor preget de er av systemisk teori. Psykologene er i likhet med de andre mest preget av systemisk teori men er under gjennomsnitt sammenlignet med terapeutene generelt. De ulike profesjonsidentitetene er tilnærmet homogene i hvor preget de er av de resterende kategoriene. Det fremgår at samtlige av yrkesidentitetene viser bredde i teoretisk orientering.

#### 4.2.2 Teoretisk bredde/preferanse og yrkesidentitet

**Tabell 2. I hvor stor utstrekning er ditt nåværende arbeid påvirket av følgende teoretiske retninger ? (N=229)**

	Analytisk/psykodynamisk	Atferds terapeutisk	Kognitiv	Humanistisk	Systemisk	Annet
Mean	3.21	2.59	4.03	4.10	5.14	3.27

På skalerte spørsmål (0-6) om teoretisk påvirkning er det tydelig at familierapeutene er

#### 4.2.3 Utdanningsnivå

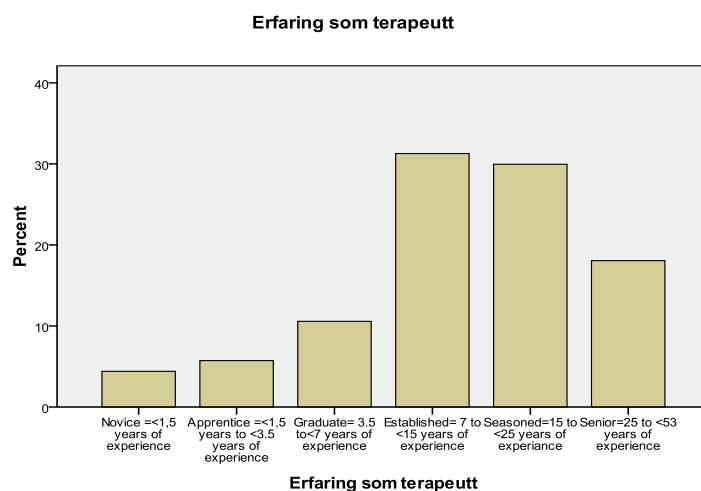
Figur 1.



Halvparten av terapeutene har bachelor/cand.mag.-s, 30 % har embetseksamen mens 16 % har mastergrad. 1% har doktorgrad. (se også tabell 7 i vedlegg)

#### 4.2.3 Erfaring som terapeut

Figur 2



I gjennomsnitt har familieterapeutene arbeidet som psykoterapeut i 15 år. Inndelt i karriernivå (figur 2) så er de største grupperingene de etablerte terapeuter (7-15 års erfaring) etterfulgt av de erfarne (15-25 års erfaring) og seniorene med mer en 25 års erfaring. Kun 20 % av terapeutene har mindre enn 7 års erfaring som terapeut.

#### 4.2.4 Holdninger til å bruke systematisk klientfeedback

Samtlige terapeuter ble spurt om 19 ulike påstander som omhandlet holdninger til KOR. Enkelte av påstandene var positiv til KOR resterende halvparten omhandlet forbehold om KOR. Svar alternativene på spørsmålene var helt enig, ganske enig, veit ikke, ganske uenig, helt uenig. Omkring halvparten av respondentene har erfaring med KOR, halvparten blir kort forklart hva KOR er. SD for itemsene er fra 0.8 - 1.3.

I gjennomsnitt har terapeutene verdi 12 og det varierer noe i forhold til yrkesidentitet. Det er noe variasjon mellom de ulike yrkeskategoriene med dissens er ikke signifikant.

Det er utarbeidet en skala basert på alle 19 spørsmålene, "Holdninger til KOR" skalaen som kan variere fra -38 til 38. Skalaen er utarbeidet av Psykolog/ph.d. Morten Anker ved Tønsberg familiekontor. Bivariat korrelasjonsanalyse av skala for holdninger til KOR viste ingen signifikante sammenhenger med ulike faktorer som; kjønn, alder, erfaring som terapeut, påvirkning av terapeutisk retning m.m. Bivariat analyse av holdningsspørsmål til KOR (19) viste korrelasjon med tre påstander og erfaringsnivå som terapeut. Erfaringsnivå som terapeut viste en positiv korrelasjon ( $r = .18^{**}$ ) mellom erfaring lengde og påstanden *"for å få maksimal utbytte av slike skalaene, tror jeg at jeg bør bruke disse rutinemessig i alle"*

*terapiene jeg har.*” Videre er det en negativ korrelasjon ( $r=-.14^*$ ) mellom erfaringslengde og påstanden ”*Slike skalaer vil bidra til å kontrollere og begrense terapeuter, og har lite med god terapi å gjøre.*” Tilsvarende korrelasjoner med karrierenivå og de nevnte påstandene. Karrierenivå hadde positiv samvariasjon ( $r=.13^*$ ) i forhold til troen på bruke KOR rutinemessig. Frykten for å bli kontrollert og for å bli begrenset hadde negativ korrelasjon med karrierenivå ( $r=-.14^*$ ).

#### 4.3 FAMILIETERAPEUTENES OPPLEVDE NIVÅ AV UTVIKLING

Opplevd nivå av nåværende utvikling var i gjennomsnitt (3.7, SD=0.5) for *opplevelse av vekst* og 0.8 for *opplevelse av tilbakegang* på skala fra (0-5). Skalaen består av en samlet score fra flere spørsmål om opplevelse av nåværende utvikling. Internasjonalt så varierer *opplevelse av vekst* (fra 3.3 til 3.5, SD = 0.7) og *tilbakegang* (0.8-0.9, SD = 0.8) i forhold til karrierenivå. Nivå av vekst og tilbakegang i gjennomsnitt er tilvarende mellom familieterapeutene og terapeuter internasjonalt.

**Tabell.3 Mønstre av nåværende opplevelse av utvikling**

		Opplevelse av tilbakegang <sup>b</sup>	
		Lite	Mer enn lite
Opplevelse av vekst <sup>a</sup>	Mye	Progresjon n = 155, <b>67.7 %</b>	Ustabilitet n = 35, <b>15.3%</b>
	Ikke mye	Stasis n= 25, <b>10.9%</b>	Regresjon n = 14 , <b>6.1%</b>

N = 229 Rangeringer ble laget fra skalaer med verdier fra (0-5)

<sup>a</sup> Mye ≥, Ikke mye < 3.33. <sup>b</sup> Lite ≥ 1.25, Mer enn lite >1.25

*Opplevelse av vekst* og *tilbakegang* er to uavhengige dimensjoner ved nåværende utvikling. Det vil si at det er mulig for terapeuter med høye eller lave skår på en dimensjon uten at det påvirker den andre. Det fleste terapeuter opplever egen nåværende utvikling som en blandet opplevelse, balansert av en viss mengde opplevelse av vekst og noen grader av opplevd tilbakegang. Mønstre av nåværende utvikling som er profiler av terapeutene basert på de to dimensjonene ble laget ved å dele de kontinuerlige dimensjonene *opplevelse av vekst* og *opplevelse av tilbakegang* for så å kombinere kategoriene i en 2 x 2 tabell. Vektingen av kategorier er gjort i henhold til prosedyre beskrevet av utviklerne av skalaene (Orlinsky & Rønnestad, 2005)

Mønsteret for familierapeutene er at hele 7 av 10 familierapeuter befinner seg i en tilstand av progresjon, det er betydelig høyere nivå enn sammenlignet med 55 % i Norge og 52% terapeuter som opplever vekst internasjonalt i CERN studien. I den andre delen av skalaen er både opplevelse av vekst og opplevelse av tilbakegang er tilstede som for 15,3 % av familierapeutene, vil de preges av en forvirrende *ustabilitet*. På enkelte områder vil terapeutene oppleve vekst og fremgang, mens andre områder preges av tilbakegang. 1 av 10 familierapeuter er i en tilstand av *Stasis*, der terapeuter verken erfarer tilbakegang eller særlig fremgang. Den positive siden av dette er stabilitet, den negative situasjonen er at det er stagnasjon. Sammenlignet med norske terapeuter (16 %) og internasjonalt (22 %) er forskjellen til nivå av stasis hos familierapeutene på 10 % vesentlig. Kun 6 % av terapeutene er i regresjon som betyr at opplevelse av tilbakegang dominerer. Andel terapeuter som opplever regresjon er mindre for familierapeutene enn internasjonalt (11 %) men på nivå nasjonalt (6 %.) (Orlinsky & Rønnestad, 2005 s. 118). Det ble foretatt en kjikvadrat-test av tabellen som viser at  $P > 0,05$ .

Den høye andelen av familierapeuter som opplevde progresjon er noe overraskende tatt i betraktning av at opplevelse av progresjon ofte knyttet til terapeuter som er tidligere i sitt karrierenivå enn tilfellet er i familievernet. Da familievernet har en høy andel (7 av 10) av erfarne, senior terapeuter ville et større innslag av stasis eller regresjon være å forvente. Stasis er mer vanlig for eldre terapeuter. Men progresjon er allikevel det mest vanlige, uavhengig av aldersgruppering. (Ibid, s.119)

Tabell.4 Bivariat korrelasjon av opplevd vekst

Korrelasjoner (N=229) Pearsons Correlation	Opplevelse av vekst skala fra 0-5
Terapeutisk involvering, skala fra 0-15	.434**
Arbeids tilfredshet/utilfredshet, skala fra + 5 til - 5	.244**
Opplevelse av vekst, skala 0-5	-.224**
Motivasjon til utvikling, skala fra 0-5	.684**

Det er en sterk korrelasjon mellom positiv nåværende utvikling ( $r = .43^{**}$ ) og kvalitet på involvering. Motivasjon til å utvikle seg var sterkere positivt korrelert ( $r = .68^{**}$ ) med *opplevelse av vekst* enn i det internasjonale studiet ( $r = .46^{**}$ ) I det internasjonale studien var kjønn positivt korrelert med opplevelse av vekst. Kjønn var ikke signifikant, det er mulig at overvekten av kvinner visker ut denne sammenhengen i familievernet. Opplevelse av vekst og

tilbakegang var i likhet med i den internasjonale studien til Collaborative Research Network (CERN) positivt moderat korrelert.

*Opplevelse av vekst* er svakt positivt korrelert med teoretisk orientering; Annet, og systemisk orientering er negativt korrelert ( $r = -.13^*$ ) med *opplevelse av tilbakegang*. Arbeids tilfredshet/utilfredshet er positivt korrelert ( $r = .20^{**}$ ) med systemisk orientering.

Tabell 5: Bivariat korrelasjon av opplevd tilbakegang

Korrelasjoner (N=229) Pearsons Correlation	Opplevelse av tilbakegang skala fra 0-5
Stresspreget Involvering, skal fra (0-15)	.299 <sup>**</sup>
Opplevelse av vekst, skala fra 0-5	-.224 <sup>**</sup>
Terapeutisk involvering, skala fra 0-15	-.144 <sup>*</sup>
Arbeids tilfredshet/utilfredshet, skala fra 0+ 5 til - 5	-.325 <sup>**</sup>

*Opplevelse av tilbakegang* er positivt korrelert med stresspreget ( $r = .29^{**}$ ) og terapeutisk-involvering ( $r = -.14$ ) og negativt korrelert med tilfredshet ( $r = -.32^{**}$ ) som terapeut..

Stresspreget involvering er svakere korrelert med *opplevd tilbakegang* enn i den internasjonalt ( $r = .44$ ).

#### 4.3.1 Mønstre av opplevd utvikling hos KOR brukere

Tabell 6. Mønstre av nåværende utvikling blant familieterapeuter som bruker KOR og andre

Familieterapeuter som bruker KOR og andre (non-KOR)			Opplevelse av tilbakegang	
			Lite	Mer enn lite
KOR brukere (n=123) =100%	Opplevelse av vekst	Mye	Progresjon (n = 83) <b>67.5%</b>	Ustabilitet (n = 19) <b>15.4%</b>
		Ikke mye	Stasis (n = 12) <b>9.8%</b>	Regresjon (n = 9) <b>7.3%</b>
Non KOR (n =106) = 100 %	Opplevelse av vekst	Mye	Progresjon (n = 72) <b>67.9%</b>	Ustabilitet (n = 16) <b>15.1%</b>
		Ikke mye	Stasis (n = 13) <b>12.3%</b>	Regresjon (n = 5) <b>4.7%</b>

Det er få forskjeller mellom KOR brukere og de andre i forhold til progresjon og ustabilitet.

Det er noen mindre grad av stasis blant KOR brukere (9,8 %) enn de andre familieterapeutene (12,3 %). Det er flere som opplever regresjon 7,3 % av KOR brukere enn 4,7 % av de som ikke bruker KOR. *Forskjellene er kun meningsfylt deskriptivt og er ikke statistisk signifikante.*



## 4.4 FAMILIETERAPEUTENES INVOLVERING MED KLIENTENE

Terapeutisk involvering som er en skala (0-15) er i familievernet 11.5 i gjennomsnitt (SD=1.0) mot 10.7 i Norge, og gjennomsnitt på 10, 2 med tilvarende lite variasjon for terapeutene (SD=1.7) samlet internasjonalt. (Orlinsky & Rønnestad, 2005). Det høye nivået av terapeutisk involvering i familievernet kan muligens skyldes at hovedvekten av terapeuter er svært erfarne, og at de har teoretisk bredde og variasjon lang erfaring med klienter. Familievernet er en arbeidskontekst preget av stabilitet, små og oversiktlige arbeidsplasser. Dybde av kasus erfaring, teoretisk bredde (orientering) og at tilfredshet og støtte ved arbeidsted er sterkt knyttet til kvalitet på nåværende involvering. Stresspreget involvering er i gjennomsnitt på 4.0 hos familierapeutene (SD=1.0). Internasjonalt er stresspreget involvering tilsvarende (4.1 og SD =1.7,  $n > 4000$ ).

Tabell.7 Mønstre av terapeutisk arbeidserfaring

Terapeutisk involvering <sup>a</sup>	Stresspreget involvering <sup>b</sup>	
	Lite	Mer enn lite
Mye	Effektiv praksis ( $n = 168$ ), <b>73.4%</b>	Utfordrende praksis ( $n = 54$ ), <b>23.6%</b>
Ikke mye	Distansert praksis ( $n = 6$ ), <b>2.6%</b>	Belastende praksis ( $n = 1$ ), <b>0.4%</b>

N = 229 Involvering dimensjons skalaene har verdier fra (0-15)

Terapeutisk involvering <sup>a</sup> Mye  $\geq 9.55$ , ikke mye  $> 9.55$ .

Stresspreget involvering <sup>b</sup> Lite  $\geq 4.75$ , mer enn lite  $> 4.75$ .

Da terapeutisk og stresspreget involvering er statistisk uavhengig av hverandre, er det mulig å karakterisere terapeuters samlede praksis etter grad av rapportert terapeutisk involvering og stresspreget involvering, i form av fire mønstre for av terapeutisk arbeidserfaring (Rønnestad & Orlinsky, 2006). *Effektiv praksis* er det største mønsteret av terapeutisk praksis. I familievernet opplever 3 av 4 responserter effektiv praksis med mye terapeutisk involvering og mindre stresspreget involvering. Det betyr med andre at 7 av 10 familierapeuter som opplevde personlig investering i arbeidet som terapeut, er varme og imøtekommende i forhold til klienter, at de opplevde "flow" (flyt) i løpet av terapitimer, følte seg kompetent og dyktig og brukte konstruktive mestringsstrategier til å håndtere vansker i praksis. På samme tid opplevde de få vansker i møte med klienter, og at de sjelden er engstelig eller kjeder seg i terapitimer. Sammenlignet med den internasjonale undersøkelsen hvor 50 % av terapeutene av opplevde effektiv praksis er det en betydelig forskjell til familierapeutene med hele 73

% . En av fire familierapeuter har *utfordrende praksis*, hvor de i større grad opplevde både terapeutisk og stresspreget involvering. Dette samsvarer nivå av utfordrende praksis blant terapeuter i vesten. Disse terapeutene opplever mer hyppig vansker i terapi, enkelte har manglende tillit til egne ferdigheter og opplevd stress i løpet av terapitimer. Samtidig mestrer de å bruke konstruktive mestringsstrategier (for eksempel problemløsning med klienter, konsultasjon av andre terapeuter) når vansker oppstår. Til tross for rapporterte vansker mestret de å være trofast i terapirollen på en varm og aksepterende måte. Kun 2, 6 % av terapeutene meddelte at de hadde et personlig nøytralt men tilsynelatende lite produktivt mønster av distansert praksis, mot 17 % i hos terapeutene internasjonalt. Kun en respondent formidlet at stresspreget involvering var dominerende i forhold til lite terapeutisk involvering, som går under benevnelsen *belastende praksis*. Belastende praksis er vanlig for 1 av 10 terapeuter internasjonalt.

I CERN studien ble det utført en (MRA) multipl korrelasjon analyse ( $R = .63$ ) av skalaen terapeutisk involvering, som viste at skalaen utgjorde nærmere 40 % av variansen (Ibid, s. 73) På bakgrunn av resultat av MRA ble ”teoretisk bredde” betegnet som den viktigste prediktor til terapeutisk involvering. De norske terapeutene som deltok i CERN studien utgjorde ”teoretisk bredde” 8 % av variasjonene. Etter teoretisk bredde var opplevd støtte og tilfredshet med arbeidsplass 3 % og kjønn 2 % (kvinne), den tredje viktigste prediktor (Ibid. S. 241).

David E. Orlinsky & Michael Rønnestad (2005) sammenfatter det på følgende måte ;

*”The quality of Healing Involvement was most prominent in the therapeutic work experience of therapist who use multiple theoretical perspectives in treating patient, who feel most support and satisfaction in their main work setting, who have the broadest experience in different treatment modalities, and who are women”.* (op.cit:74)

Det er ikke foretatt multipl korrelasjonsanalyse i dette studiet. Det er likevel av interesse å og finne ut om det er bivariate korrelasjoner mellom variabler som viste korrelerte ved MRA i det internasjonale materialet. Teoretisk bredde er ikke undersøkt spesifikt i denne undersøkelsen. Familievernet består av mange kvinnelige terapeuter men det var ingen signifikant bivariat korrelasjon mellom terapeutisk involvering og kvinnelige familierapeuter.

#### 4.4.1 Mønstre av terapeutisk arbeidserfaring hos KOR brukere

Tabell.8 Mønstre av terapeutisk arbeidserfaring hos brukere av KOR og andre

Familieterapeuter som bruker KOR og de andre			Stresspreget Involvering	
			Lite	Mer enn lite
KOR brukere (n =123) = 100 %	Terapeutisk involvering	Mye	Effektiv praksis (n = 96) <b>78.0%</b>	Utfordrende praksis (n = 25) <b>20.3%</b>
		Ikke mye	Distansert praksis (n = 2) <b>1.6%</b>	Belastende praksis (n = 0) <b>.0%</b>
Non-KOR (n = 106) = 100 %	Terapeutisk Involvering	Mye	Effektiv praksis (n = 72) <b>67.9%</b>	Utfordrende praksis (n = 29) <b>27.4%</b>
		Ikke mye	Distansert praksis (n = 4) <b>3.8%</b>	Belastende Praksis (n = 1) <b>0.9%</b>

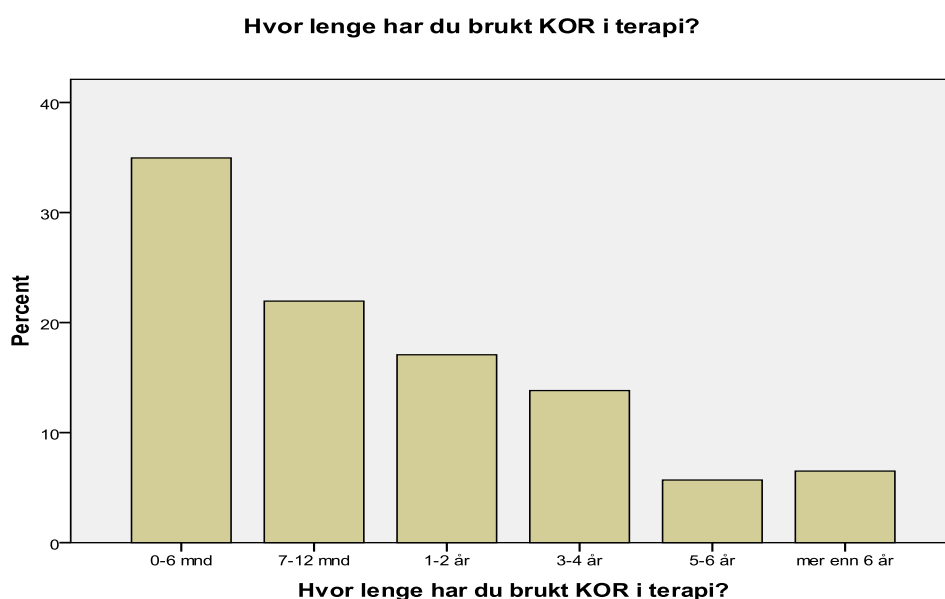
KOR brukere opplever sammenlignet med non-KOR brukere høyere grad av effektiv praksis. 78 % av KOR terapeutene har en tilstand av effektiv praksis sammenlignet med de som ikke bruker KOR hvor 67% opplever effektiv praksis. 28 % av de som ikke bruker KOR har utfordrende praksis sammenlignet med 20, 3 % av KOR terapeutene. Det er lite som skiller terapeutene i forhold til belastende og distansert praksis. *Khikvadrattest av tabell kan ikke anvendes på i krysstabell da det er mindre enn fem enheter i enkelte kolonner. Forskjellene KOR og non-KOR responenter er kun meningsfylt deskriptivt, og er ikke statistisk signifikante.*

#### 4.5 FAMILIETERAPEUTER SOM BRUKER KOR

Det ble estimert at 222 (55,8 %) av terapeutene var fra kontor som hadde implementert KOR og 176 (44,2 %) terapeuter ikke hadde implementert KOR. Av de 222 terapeutene som antas å bruke KOR har 123 svart, det utgjør svarprosent på 55,4 % av estimerte brukere av KOR. 24 responenter (10 %) oppgir at de bruker annet systematisk tilbakemeldingssystem. På nærmere spørsmål oppgir 4 av de bruker STIC, og de resterende oppgir egenutviklede praksisformer med muntlig tilbakemelding fra klient. Det er valgt å sammenligne de som oppgir at de bruker KOR og at de resterende terapeutene oppfattes som non-KOR.

##### 4.5.1 Erfaringsnivå av KOR i tid

Figur 3



Om lag halvparten av terapeutene som hadde implementert KOR hadde gjort det i løpet av de siste året. 17 % hadde 1-2 års erfaring, 13 % hadde 3-4 års erfaring og 5 % hadde 5-6 års erfaring og 6.5 prosent hadde mer enn 6 års erfaring.

#### 4.5.2 Omfang av KOR per uke

**Tabell 9. I hvor mange samtaler i løpet av de fem siste arbeidsdagene har du brukt både ORS/SRS?**

Samtaler	Frekvens	Valid Prosent
0	12	9.8
1-5	65	52.8
6-10	35	28.5
11-15	7	5.7
16-20	1	.8
20 eller mer	3	2.4
Totalt	123	100.0

Det ble foretatt spørsmål om bruk av ORS og SRS enkeltvis, og samlet. Bruke av ORS/SRS var svært sammenfallende. Dette kan tyde på at de fleste bruker skala for endringsvurdering (ORS) og skala for samtalevurdering (SRS) i samme samtale. Over halvparten (52,5 %) av KOR terapeuter bruker ORS/SRS i 1-5 samtaler. 28,5 % oppgir at de bruker ORS/SRS i 6-10 samtaler. 10 % oppgir at de aldri bruker KOR. I gjennomsnitt har

Det er beregnet at en terapeut med 100 % stilling har ca. 4 klientsamtaler per dag, dette består både av kliniske saker og meklinger. Familievernet hadde i 2010 45 000 saker, om lag halvparten av sakene gjaldt rådgivning og behandling (Statistisk sentralbyrå). Anslagsvis vil

omtrent halvparten av samtale, være samtaler hvor KOR er forventet å anvendes. Det vil si at omtrent forventet KOR i 2 samtaler i løpet av en arbeidsdag eller 10 samtaler i løpet av en uke.

#### 4.5.3 Forskjeller i opplevd nåværende terapeutisk utvikling blant KOR brukere og andre terapeuter.

Det var ingen signifikante statistiske forskjeller mellom de som brukte KOR og de som ikke brukte systematisk feedback i forhold til nåværende opplevd utviklingen som terapeut. Dette ble undersøkt ved å sammenligne opplevelse av vekst i nåværende utvikling med bruk av KOR med de som ikke hadde implementert KOR. Opplevelse av vekst består av seks items, det vil si at svarene fra seks spørsmål blir slått sammen til en samlet score som utgjør Opplevelse av vekst er har verdi fra (0-5).

KOR n=123) brukere i undersøkelsen hadde opplevelse av vekst i gjennomsnitt på 3.7, de som ikke brukte KOR (n=107) hadde tilsvarende. Korrelasjon mellom opplevelse av vekst og bruk av KOR eller ikke var fraværende,  $r = -0.008$ .

Den internasjonale undersøkelse av CRN (N=8500) viser at nivå at *opplevelse av vekst* øker med erfaring som terapeut. Gjennomsnitt varierer fra 2,7 for novisen (1,5 års erfaring til 3,5 ) til 4.0 som senior (25 - 53 års erfaring). Det ble derfor gjort en sammenligning av de som bruker/ikke bruker innenfor tilsvarende karrierenivå. Det viste seg at det ikke var noen signifikante forskjeller mellom de to gruppene KOR brukere og andre når det ble tatt hensyn til erfaringsnivå. Khikvadrattest test ble forsøkt gjennomført på krysstabell men på grunn av få enheter i kolonnen var ikke dette mulig å gjøre testen.

Tabell 10. Deskriptiv statistikk av opplevd vekst i ulike karrierenivå

KARRIERE NIVÅ	Opplevelse av vekst (0-5)						Opplevelse av tilbakegang (0-5)					
	KOR		NON-KOR		CRNS*		KOR		NON-KOR		CRNS	
	N	Gj.	N	Gj.	N	Gj.	N	Gj.	N	Gj.	N	Gj.
Novise	5	3.8	5	3.8	422	3.3	5	1.3	5	0.7	424	0.8
Lærling	8	3.7	5	3.9	422	3.5	8	0.5	5	1.2	424	0.8
Kandidat	17	3.9	7	3.9	597	3.5	17	0.4	7	0.5	596	0.9
Etablert terapeut	36	3.7	35	3.7	1146	3.6	36	0.9	35	0.8	1164	0.9
Erfaren terapeut	34	3.7	34	3.6	876	3.5	34	0.9	34	0.9	930	0.9
Senior terapeut	22	3.6	19	3.7	282	3.5	22	0.7	19	0.9	333	0.9

\*CRNS er sammenligningen med den internasjonale undersøkelsen

#### 4.5.4 Forskjeller i opplevd involvering mellom terapeuter som bruker KOR og andre terapeuter

Tabell 11. Deskriptiv statistikk av Terapeutisk Involvering fordelt på karrierenivå og t-test.

KARRIERE NIVÅ	Terapeutisk involvering (Healing Involvement) (0-15)						t-test for Equality of Means					
	KOR		NON-KOR		CRNS		t		df		Sig. (2.tailed)	
N		Gj.	N	Gj.	N	Gj.	Equal Variances assumed	Equal Variances not assumed	Equal Variances assumed	Equal Variances not assumed	Equal Variances assumed	Equal Variances not assumed
Novise	5	11.3	5	11.5	427	9.3	-.39	-.39	8	7.952	.706	.706
Lærling	8	11.9	5	11.5	465	9.6	.71	.66	11	6.897	.489	.525
Kandidat	17	11.7	7	11.5	683	10.0	.49	.46	22	9.850	.627	6.55
Etablert terapeut	36	11.7	35	11.2	1222	10.4	-.51	-.51	69	68.99	.607	.609
Erfaren terapeut	34	11.7	34	11.2	889	10.7	1.91	1.91	66	65.441	.060	.060
Senior terapeut	22	11.4	19	11.0	245	11.0	1.011	.993	39	33.932	.318	.328

Tabell 12. Deskriptiv statistikk av stresspreget involvering fordelt på karrierenivå og t-test av KOR/non KOR.

KARRIERE - NIVÅ	Stresspreget involvering (Stressfull Involvement) (0-15)						t-test for Equality of Means					
	KOR		NON-KOR		CRNS		t		df		Sig. (2.tailed)	
	N	Gj	N	Gj.	N	Gj.	Equal Variances assumed	Equal Variances not assumed	Equal Variances assumed	Equal Variances not assumed	Equal Variances assumed	Equal Variances not assumed
Novise	5	4.6	5	5.2	454	4.5	-.76	-.76	8	7.472	.464	.465
Lærling	8	4.1	5	4.1	476	4.4	.004	.005	11	10.75	.997	.996
Kandidat	17	3.8	7	4.3	691	4.3	-.936	-.835	22	9.053	.359	.425
Etablert terapeut	36	4.0	35	4.2	1275	4.0	.754	.754	69	68.99	.453	.453
Erfaren terapeut	34	4.0	34	4.2	908	4.0	-.629	-.629	66	65.45	.140	.140
Senior terapeut	22	3.1	19	4.3	274	3.9	-4.21	-4.31	39	37.86	.000	.000

Terapeutisk og Stresspreger Involvering (0-15) fordelt på karrierenivå blant KOR og NON KOR sammenlignet med internasjonale undersøkelsen til CRNS

Det ble gjort en sammenligning av KOR brukere og andre i gjennomsnitts nivå av stresspreget og terapeutisk involvering mellom terapeuter som brukte KOR og andre (tabell 11 og 12). I tillegg til en sammenligning av gjennomsnitt av nivå på terapeutisk og stresspreget

involvering i den internasjonale undersøkelsen (CERN). Videre ble det utført en t-test om forskjeller i gjennomsnitt av terapeutisk involvering og stresspreget involvering mellom gruppen av terapeuter som brukte KOR og de som ikke brukte KOR.

Sammenligning av KOR og non-KOR terapeuter i tabellen viser at KOR terapeutene i fire av fem karrierenivå har høyere grad av terapeutisk involvering. Sammenlignet med CERN er nivå av *terapeutisk involvering* høyt hos begge gruppene. T-test viser ingen signifikante forskjeller mellom gruppene av KOR og non-KOR i forhold til terapeutisk involvering.

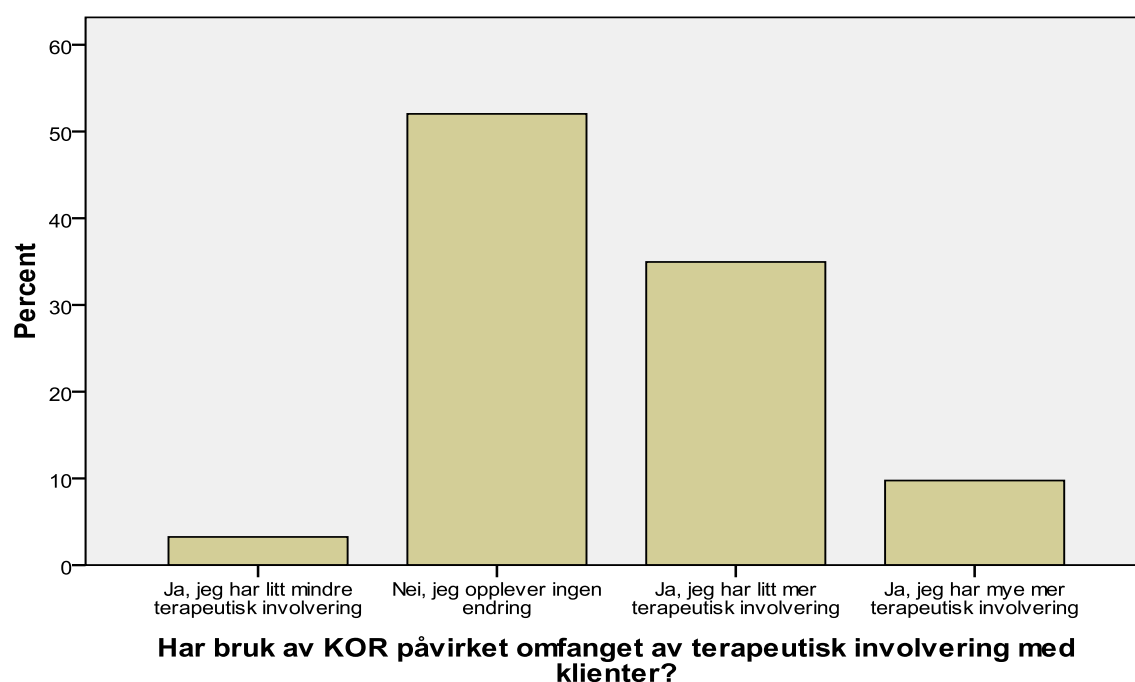
Det er en signifikant forskjell ( $p < 0.05$ ) mellom KOR brukere og non-KOR i forhold til nivå av stresspreget involvering, men effektstørrelsen er svak ( $r = -.12$ ). Mann Whitney U viste signifikant forskjell i stresspreget involvering mellom KOR (mdn. = 3.9) og non-KOR (mdn. = 4.1),  $U = 5570$ ,  $Z = -1.899$ ,  $p < 0.05$ ,  $r = -.12$ .

Nivå av stresspreget involvering var høyere i gjennomsnitt hos KOR gruppen i fire av fem karrierenivå. Blant erfarne terapeuter så er det en forskjell ( $P > 0.05$ ) men samtidig er det en moderat effektstørrelse ( $r = .22$ .) Det betyr at det er en positiv moderat korrelasjon mellom terapeutisk involvering og KOR terapeuter som er erfarne terapeuter samtidig som det ikke innfrir 5% kravet slik at  $H_0$  kan forkastes. T-test viste en signifikant forskjell blant senior terapeuter i forhold til stressfull involvering  $p < 0.001$   $r = .55$ . Mann Whitney U test viser en tilsvarende signifikant forskjell i stresspreget involvering mellom KOR brukere (mdn 3.1) og non-KOR (mdn 4.3),  $U = 69.5$ ,  $Z = -3.68$ ,  $p < .001$ ,  $r = .57$ . Det viser at det er en signifikant og sterk korrelasjon mellom senior KOR terapeuter og stresspreget involvering. Det viser at det er en signifikant og sterk korrelasjon mellom senior KOR terapeuter og stresspreget involvering.

Bivariat analyse kan ikke utelukke innflytelsen fra andre variabler. Ved å sammenligne de to gruppene er det dermed ikke sannsynliggjort at  $H_0$  kan forkastes i forhold til nivå av nåværende involvering. Det er sannsynliggjort på nivå av senior terapeuter at det  $H_0$  kan forkastes i forhold til nivå av stresspreget involvering.

4.5.5 Familieterapeutenes beskrivelser bruk av KOR og påvirkning av terapeutisk involvering  
figur

### Har bruk av KOR påvirket omfanget av terapeutisk involvering med klienter?



Nesten halvparten ( 45 %) av familieterapeutene (n = 123) har i ulik grad opplevd at KOR har påvirket deres terapeutiske involvering. 10 % av terapeutene opplever mye mer terapeutisk involvering av bruk av KOR. 35 % har litt mer terapeutisk involvering. Halvparten opplever ingen endring, mens 3,3% opplever litt mindre terapeutisk involvering.

Tabell 13

Chi-Square Tests N = 123			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	42.821 <sup>a</sup>	15	.000
Likelihood Ratio	26.492	15	.033
Linear-by-Linear Association	8.579	1	.003

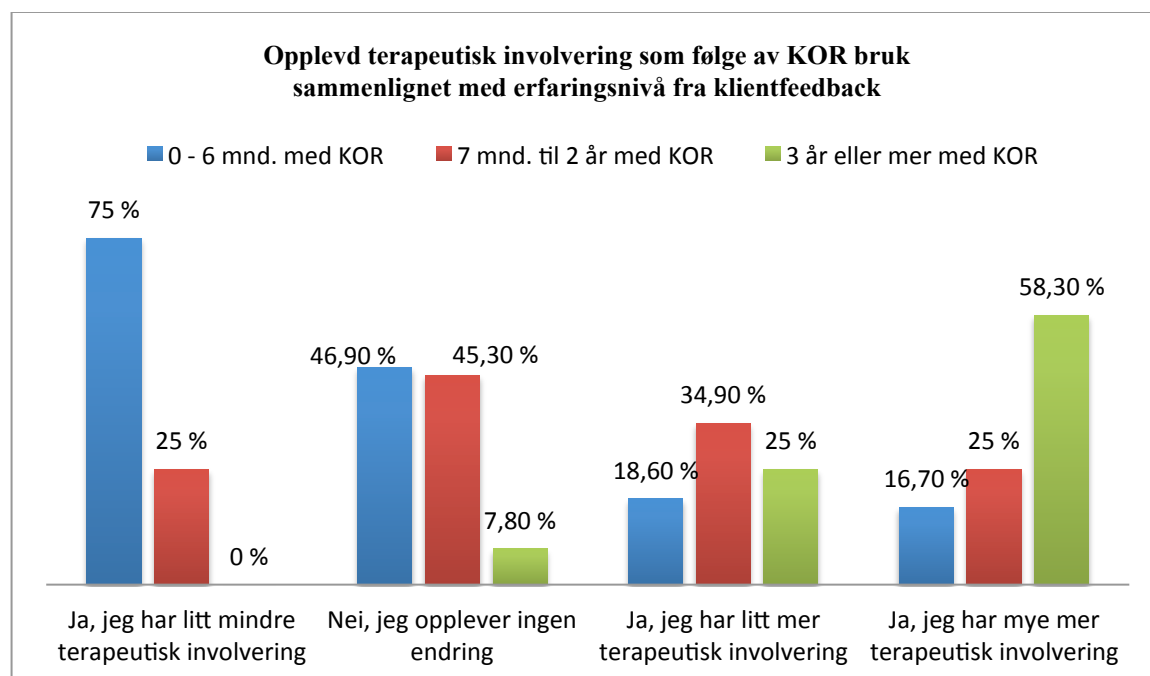
I krysstabell av frekvens bruk av ORS/SRS og påvirkning av omfang på terapeutisk involvering og (frekvens) faktisk bruk av (ORS/SRS) i løpet av en uke vises det sammenheng av opplevd involvering og frekvens bruk av systematisk klientfeedback.

Av familieterapeutene som opplevde mye mer terapeutisk involvering etter bruk av KOR oppga 75 % at de brukte KOR i 6 samtaler eller mer i uken. De som ikke opplevde av KOR påvirket, eller som opplevde litt mer terapeutisk involvering av KOR hadde tilnærmet



lik frekvens av bruk av ORS/SRS. Av familieterapeutene som opplevde at bruk av KOR bidro til litt mindre terapeutisk involvering oppga 3 av 4 at de ikke brukte ORS/SRS i det helt tatt. Det fremstår ett mønster av at det er sammenheng mellom frekvens av bruk av ORS/SRS og opplevd terapeutisk involvering hos familieterapeuter. De som i liten grad bruker ORS/SRS opplever ingen eller lite påvirkning terapeutisk involvering, mens de som bruker ORS/SRS i 11 samtaler eller mer i løpet av i uken opplever i større grad at KOR bidrar til terapeutisk involvering. Antall frihetsgrader er rader (4-1)x kolonner (6-1) = 15, Khikvadrattest viser at det er signifikant forskjell mellom faktisk og forventet Krysstabellen viste at det er signifikant forskjell ( $p < 0.001$ ) på opplevd terapeutisk involvering av KOR bruk og frekvens av bruk av ORS/SRS i løpet av en uke.

Figur 5



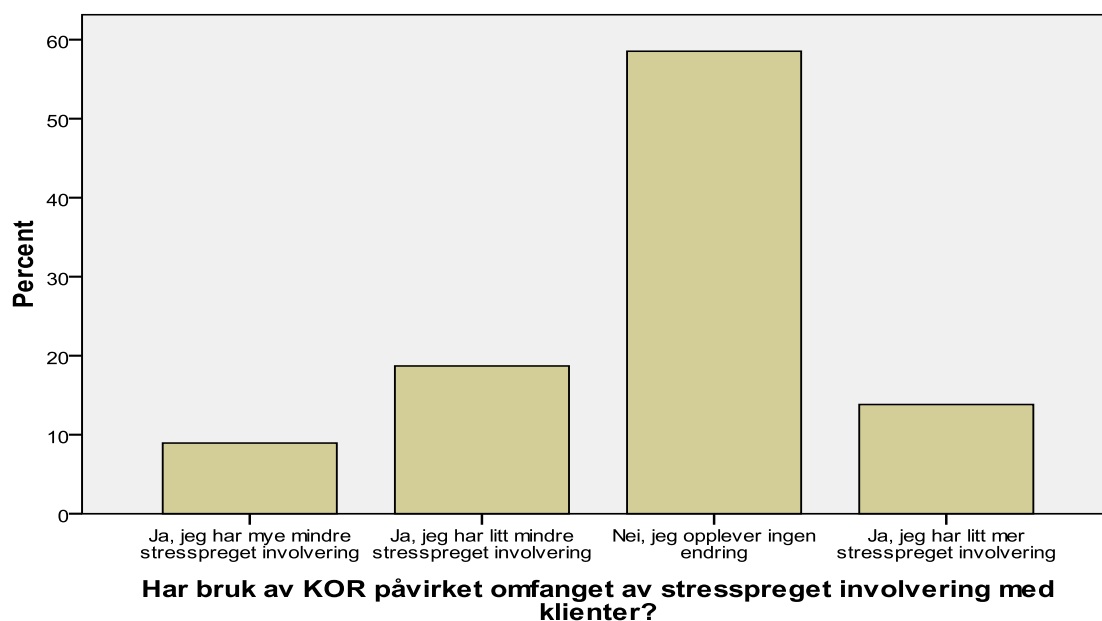
Tabell 14

Chi-Square Tests N= 123			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	31.469 <sup>a</sup>	6	.000
Likelihood Ratio	33.373	6	.000
Linear-by-Linear Association	24.658	1	.000
a. 6 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,04.			

Andelen av familieterapeuter som opplever terapeutisk involvering med bruk av KOR er stigende i forhold til erfaringsnivå i tid med KOR (se figur). Khikvadrattest viser forskjellen mellom de ulike erfaringsnivåene av KOR i forhold til opplevd terapeut involvering er signifikant ( $p>0.001$ ). 75 % av de som opplever mindre terapeutisk involvering som følge av KOR bruk er nybegynnere, det vil si med mindre en 6 mnd. erfaring. Kor brukere som ikke opplever noen endring i terapeutisk involvering i har nesten utelukkende (92, 2 %) mindre enn to års erfaring med KOR. De som opplever (litt eller mye) mer terapeutisk involvering er består halvparten av terapeuter med mer enn 3 års erfaring.

Figur 6

**Har bruk av KOR påvirket omfanget av stresspreget involvering med klienter?**



Nærmere en fjerdedel av terapeutene (n=123) opplever i ulik grad at stresspreget involvering er blitt mindre som følge av bruk av KOR. 13 % av terapeutene opplever at de har fått mer stresspreget involvering som følge av KOR. Mens 58 % opplever at stresspreget involvering er uforandret.

Tabell 15.

Chi-Square Tests (N=123)			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15.302 <sup>a</sup>	6	.018

Likelihood Ratio	15.578	6	.016
Linear-by-Linear Association	8.077	1	.004
a. 4 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,86.			

Familieterapeuter som opplever at bruk av KOR har medført (litt eller mye) mindre stresspreget involvering har 8 av 10 KOR erfaring utover 7 mnd., hvor av 50% har erfaring 3 år eller mer. Av de 58 % som ikke opplever noen endring har 8 av 10 av terapeuter mindre enn 2 års erfaring. Av de 13 % som opplever at KOR bidrar til mer stresspreget involvering, består halvparten av nybegynnere, 30 % av erfarne og 17 % av noe erfarne. Khikvadrattest viser at forskjell og fordeling av opplevd stresspreget involvering i forhold til erfaringsnivå av KOR er signifikant ( $P < 0.05$ ).

Det er et mønster av at KOR brukere med mest erfaring opplever at KOR bruk gir mer terapeutisk involvering og redusert stresspreget involvering enn nybegynnere. Familieterapeuter med mindre enn 6 mnd. erfaring med KOR opplever mindre grad at KOR påvirker klientinvolvering enn andre terapeuter. Nybegynnere opplever at KOR bidrar til mindre terapeutisk involvering og større grad av stresspreget involvering enn terapeuter med mer erfaring.

#### 4.5.6 Hva beskriver familieterapeutene om hvordan KOR påvirker stresspreget involvering

Da stresspreget involvering viste en signifikant forskjell mellom gruppen av terapeuter som bruker KOR, og andre terapeuter, er det valgt å gjøre en tema-basert kvalitativ analyse av hvordan terapeutene opplevde at bruk av KOR påvirket terapeutisk involvering.

Respondentene ble presentert for en definisjon av stresspreget involvering. De ble spurt om bruk av KOR har påvirket omfanget av stresspreget involvering i forhold til følgende fem kategorier;

- 1) Mye mindre stresspreget involvering
- 2) Litt mindre stresspreget involvering
- 3) Ingen endring
- 4) Litt mer stresspreget involvering
- 5) Mye mer stresspreget involvering

De som oppgav at bruk av KOR hadde medført endring i stresspreget involvering, ble bedt om å gi en kort beskrivelse av hvordan bruk av KOR påvirket stresspreget involvering. Deres beskrivelser gav utgangspunkt for den kvalitative analysen.

### **Fremgangsmåte ved analysen:**

Miles og Hubbermans (1994, s.12) beskriver den kvalitative analyseprosessen i tre elementer; Datareduksjon, datapresentasjon og konkludering. Da materialet er ”poengtert” tekst fra survey og ikke en mer omfattende transkribert tekst fra et intervju er fremgangsmåten i analysen forenklet (Sprenkle, 2005). Tekstdataene er åpne spørsmål i forlengelsen av et lukket spørsmål. Da teksten er hentet fra en spørreundersøkelse, er det mulig å bruke tabeller for å sortere tekstdata i kategorier. (Johannesen, 2006). Kristen Ringdal (2007) beskriver at analysen av åpne spørsmål i en spørreundersøkelse starter ved å liste opp alle svarene, for å se om de lar seg samle i et oversiktlig antall kategorier. Ideelt er kategoriene verdier på en teoretisk variabel. Han beskriver at analysen består i å abstrahere fra utsagn som gir mening for informantene, til utsagn som gir mening for forskeren, gjerne uttrykt som sammenhenger mellom teoretiske begreper. Jeg har valgt en tema analyse, der det brukes elementer fra framgangsmåten til Interpretative Phenomenological Analysis (IPA), men skiller seg ved at de er triangulert med opplysninger fra den kvantitative undersøkelsen (Dallos og Vetere, 2005). IPA tar utgangspunkt i at mennesker er et skapende vesen, som gjennom sine refleksjoner prøver å finne mening bak sine handlinger (Langridge, 2007).

Følgende prosedyre ble fulgt;

- 1) Det ble valgt å kategorisere tekstsvarene i forhold til fire kategorier av opplevd omfang av stresspreget involvering (se overnevnte kategorier). Dette ble gjort ved å bruke krysstabell med variabelen med tekstsvar og kategorisk variabel/omfang av stresspreget involvering.
- 2) Tekstsvarene ble deretter fargekodet i forhold til oppgitt omfang av stresspreget involvering. Eks. grønn tekst for terapeuter opplevde mye mindre stresspreget involvering av KOR.
- 3) Tekst i de ulike fargekodene ble lest og re-lest for å ”fange” det overordnede meningsinnholdet.
- 4) Slutninger, reaksjoner til teksten, spesielt i forhold til eksisterende teori ble notert.
- 5) De ble sett etter ”nøkkel” utsagn og identifisering av hovedfunn i hver fargekategori

- 6) Det ble sett etter sammenhenger mellom fremtredende nøkkelutsagn i hver farge kategori. I enkelte kategorier var det flere svar og dermed flere nøkkelord. Nøkkelord i her fargekode ble lagt på et bord, slik at jeg kunne flytte de rundt og se etter mønstre og sammenhenger. Da det var færre utsagn i kategorier som opplevde mer stresspreget involvering ved bruk av KOR ble disse slått sammen til en kategori. Det ble vurdert om det hadde vært nyttig å slå sammen kategoriene av litt og mye mindre stresspreget involvering. Da mange av nøkkelordene var like ble det valgt å slå sammen disse kategoriene.

Jeg endte med følgende to hovedfunn med undertema;

**KOR som trygghetsskapende ⇔ mindre stresspreget involvering**

Undertema;

- Terapeutverktøy
- Metasamarbeid

**KOR som forstyrrende ⇔ mer stresspreget involvering**

Undertema:

- Trussel mot terapeut autonomi
- Fremmedgjøring

Forholdet mellom stresspreget involvering og påvirkning av KOR er illustrert i følgende tabell.

Tabell 16

omfang av stresspreget involvering	Mindre	Mer
Opplevelse av KOR bruk	Trygghetsskapende	Forstyrrende

## Trygghetsskapende

Terapeuter som opplever at bruk av KOR har medført mindre stresspreget involvering, kjennetegnes at de betrakter KOR som et verktøy de kan anvende, eller en mulighet til å få et metasamarbeid med klient. Beskrivelsene til terapeutene kjennetegner bruk av KOR ved det jeg har valgt å kalle *Trygghetsskapende*. Terapeutene beskriver ulike måter det har nytteverdi, og virker trygghetsskapende på flere områder . Noen opplever mindre stresspreget involvering, ved at feedback hjalp terapeut til å bli mindre selvkritisk.

En respondent beskriver;

*Da SRS gir rom for tilbakemeldinger fra klientene om hva de synes om terapien, og jeg som oftest føler meg trygg på at jeg får oppriktige tilbakemeldinger, opplever jeg at jeg blir noe mindre selvkritisk til meg som terapeut.*

Terapeut opplevde at genuin feedback reduserer selvkritikk. Selvkritikk kan være knyttet til opplevde vansker i praksis og devaluering av seg selv som terapeut . Det som avgjør grad av stresspreget involveringen er hyppigheten av vanskene sammenholdt med adekvate mestringsstrategier. Tilbakemeldingene fra SRS om hvordan klient vurderte innhold, mål, tilnærmingstype kan vurderes som en mestringsstrategi for å redusere og forebygge egen selvkritikk. Terapeuten blir da gitt en anledning til både å motta informasjon, men også stille klienten spørsmål, knyttet til egne refleksjoner eller selvransakelser i timen. Eksempelvis ”Jeg var veldig nysgjerrig på hvordan du opplevde fokuset vi hadde på episodene med utroskap i dag”. Terapeuten får mulig til å få en dialog med klient om det vanskelige, og finne måter å forstå det på, eller finne andre tilnærminger til tema i neste konsultasjon om det trengs. Opplevelsen av ”genuin” tilbakemelding, kan handle om at terapeut i hovedsak har tiltro til klienten sin tilbakemelding. Selvkritikk kan også handle om tema som er knyttet til vansker i terapeuten sitt eget liv, eller har spesiell betydning i terapeuten sin livshistorie. Per Jensen (2008) har gjennom sitt doktorgradsarbeid studert sammenhenger i terapeuten sin personlige livshistorier, og det som utspiller seg i terapirommet til terapeuten. Nettopp for å nøste disse parallellene, og bli trygg i seg selv og rollen som bekles i terapirommet, foreslår han at familierapeuter gjennom eksempelvis terapi gjør seg bevisst disse parallellene. Faren ved at terapeut ikke kjenner disse historiene, er at det blir vanskelig å finne mestringsstrategier, om reaksjoner eller fokus hos klienten ikke kommer fra samtalen. Det kan også medføre at terapeut opplever egne selvkritikk som noe som har opprinnelse fra klient, det kan oppstå en overføring og motoverføring prosess. Selvkritikk kan også bestå at de er vanskeligheter med å håndtere det uoversiktliges i møtet med klienter.

Terapeutens opplevelse av stresspreget involvering kan også være påvirket av terapeutens ”bevissthet om kompleksitet” eller evnen til å tåle uvisshet i møte med klienter. Bevissthet om kompleksitet er beskrevet som en dimensjon i utviklingsprosessen til terapeuter (Rønnestad og Skovholdt, 1991). ”Toleranse for flertydighet er (...) en forutsetning for å opprettholde bevisstheten om kompleksiteten man møter som terapeut/rådgiver” (Ibid, s. 560).

Tor Fjeldstad (2007) fremhever at det er en sammenheng mellom å gi klienter innflytelse i terapi og en bevissthet om at kompleksitet spiller en sentral rolle i terapeuters faglige utvikling. Begge disse forholdene er avhengige av at terapeuten har god toleranse for uvisshet.

En annen respondent beskriver dette om forholdet mellom bruk av KOR og stresspreget involvering;

*Jeg bruker mindre tid på å lure på om terapien er nyttig, om vi jobber med det vi skal.*

”Lure på” i den forstand at det terapeut mangler strategier for å håndtere uro, er knyttet til stresspreget involvering. Systematisk informasjon kan virke betryggende. Terapeuter har kunnskap om at klienter i krise, profiterer på gjentatt informasjon. Uro om man ikke er til hjelp i terapi, eller har riktig fokus i terapi, kan influere opplevelse av mestring som terapeut og terapeuten i og utenfor terapirommet. I boken ”The Resilient Practitioner” beskrives det hvordan terapeuter bør balansere egen ivaretagelse med ansvaret med å ivareta andre (Skovholdt & Trotter-Mathison, 2011). Terapeuter som oppgir vansker i eget liv, formidler 4 av 10 terapeuter at de har hatt negative tanker om egen effektivitet som terapeut.

*Jeg opplever at klientene setter pris på at jeg er opptatt av at akkurat de skal få den hjelpen de opplever best for seg- dette gjør at stressnivået mitt går ned- da jeg ser at klientene trives med denne måten å møte de på.*

Terapeut opplever at KOR kan hjelpe til med å underbygge terapeut sitt ønske om å skreddersy hjelp-noe som medfører at stressnivået går ned. Terapeut beskriver at han får positiv respons i involveringen med klient.

Mange beskrev at informasjon fra klient bidro til mindre stresspreget involvering.

Informasjon om bidro til at de var i stand til å raskere indentifisere hvor klient er, eller mangel

på endring. Videre opplevde noen at det bidro til at KOR bidro til at de var i forkant av negativ utvikling.

Opplevelse av å være i forkant er nært knyttet til muligheten til å respondere med en konstruktiv mestringsstrategi.

*”Det gir mestring å oppleve at jeg er i stand til å være i forkant av negativ utvikling, om klient ikke er fornøyd får jeg mulighet til å vite dette gjennom SRS. Videre hjelper eksternaliseringen /skaleringen på arket til at samarbeidet er i fokus.”*

Mestringsstrategier i vanskelige situasjoner kan også vurderes som muligheter til å forebygge utbrenthet. Terapeut er gjenstand for risiko, ved at terapeut kontinuerlig gjennomgår en serie med tilknytninger og adskiller med klienter (Skovholdt, 2011). Stresstet med tilknytning og adskillelse er ofte intensivert ved manglende suksess med klienter, opplevelse av lite mottagelighet/respons (nonreciprocated) i terapeut/klient forholdet, vanskelige klienter, motløshet som resultat av lange og ujevne terapiprosesser, isolasjon, vanskelige personlige tema for terapeut som dukker opp som følge av å terapien, overtid, administrative krav fra arbeidsgiver (Dupree & Day, 1995, Farber, 1990, Figley, 2002, Kassam-Adams, 1995, referert i Skovholdt, 2011).

Andre formidler at informasjonen har redusert tidligere antagelser og fortolkning, noe som er stressreducerende.

*”Det blir mindre antagelser, fortolkninger og det er stressreducerende. Klienter har medansvar i prosess. Klienten er min ressurs.”*

Eller sagt på annen måte;

*”Bruker mindre tid på å lure på om ting er blitt verre og om min tilnærming fungerer. ORS og SRS vil gi informasjon om dette”*

Enkelte knytter KOR som nyttig ved spesielle utfordringer, og det kan bidra til å regulere vanskelige terapisituasjoner som skaper uro hos terapeuten.

*”KOR kan bli en buffer mot å la seg trigge av klientene”.*

Eller i timer det er uoversiktlig;

*”Tenker da mest i forhold til de saker hvor det oppleves som mye kaos og lite oversikt, så hjelper det meg i å lage felles fokus.”*



Enkelte beskrive at virker stressreducerende ved at det hjelper terapeut til å holde fokus eller tråden, selv i situasjoner med kjedsomhet ;

*”Kor hjelper til å opprettholde nysgjerrighet og også vanskelige å ”sove ” i timen.”*

Enkelte terapeuter opplevde det som betryggende at KOR gav de mulighet til å få klient som medspiller i forhold til terapiprosessen. Det ble utviklet et rom for et metaperspektiv sammen med klient.

Eller som terapeut beskrev;

*”Bruk av KOR har ført til at både jeg og klienten har en felles ramme som starter og avslutter timene, noe jeg opplever klientene syns er positivt og kanskje skaper en trygghet.”*

Andre fremholdt rutinen, ved KOR og positive virkninger for samarbeidet ;

*”Pga. at det rutinemessig og skjematisk blir etterspurt senker det stressnivået til brukerne og meg å ha dette som tema.”*

Andre var opptatt at det direkte forandret klient-rollen og dermed gjorde noe i forhold til samarbeidet.

*”KOR er med på å få klienten mer aktive”*

### **Forstyrrelse**

Terapeuter som opplever at bruk av KOR har medført mer stresspreget involvering, gav ulike beskrivelser av bruk av KOR som jeg har valgt å kalle forstyrrende. Undertema er trussel mot terapeut autonomi og fremmedgjøring.

KOR er en fremgangsmåte som skal integreres i den klinisk hverdagen til terapeuter. Det er helt avhengig av at terapeuter adopterer og finner sin måte å anvende verktøyet, for at systemisk feedback skal virke. En nylig undersøkelse av terapeuter som brukte systematisk feedback ved bruk av OQ45 viste at terapeut faktoren er avgjørende for at feedback skal virke. Resultatet av undersøkelsen var at feedback ikke var effektivt i alle sammenhenger, mye på grunn av terapeutene ikke gjorde bruk av verktøyene og ikke hadde noe ønske om at de skulle virke (de Jong, Van Sluis, Nugter, Heiser, and Spinhoven, 2012).

Familieterapeuter i familievernnet har arbeidskontekst som kjennetegnes av stor grad av autonomi for terapeuten. Familievernnet er en spesialtjeneste for familierelaterte relasjonelle vansker, og tjenesten er et lavterskel tilbud. Det anvendes i liten grad strukturerte kartleggingsverktøy, sammenlignet med familiebaserte tjenester i BUP systemet. Det er sammenlignet med helsevesenet ikke stilt krav til spesiell type evidensbasert metodikk. Det er derfor en naturlig antagelse at familieterapeuter i familievernnet opplever at valg av metodikk eller fremgangsmetode i hovedsak er terapeutstyrt. Implementeringen av KOR er i familievernnet unikt da det er den mest omfattende implementeringen for familievernnet som tjeneste.

Med dette bakteppet er det helt avgjørende å finne ut hvordan terapeuter opplever KOR, og bruken av verktøyet.

Flere terapeuter opplevde KOR eller bruke av ORS/SRS som forstyrrende og vektla at det var noe som var pålagt. Dette kan oppleves som stressende i den forstand at fokuset blir på det ytre styrte pålegget, det kan oppleves som en *trussel mot terapeutautonomi* ved at bruk er ytre styrt og ikke en beslutning som den individuelle terapeut har medvirket til. Det oppstår en kontrast mellom hva den terapeut ønsker, og hva arbeidsgiver ønsker. Terapeut kan oppleve en *fremmedgjøring* i forhold til KOR om terapeuten over tid ikke mestrer å gjøre verktøyene til sitt eget, og finne en forståelig anvendelse i terapikonteksten. Rolf Sundet har foretatt intervju med seks terapeuter omkring bruk av ORS/SRS. Funnet i undersøkelsen er at terapeutene opplever det som et nyttig samtale verktøy (Sundet, 2011). Det viser nytteverdi (feasibility) som samtaleverktøy utover på flere områder, samtidig ble det funnet områder hvor terapeutene opplevde (*disturbance*) forstyrrelser. Enkelte opplevde bruken av skalaene for skjematisk at det ble forstyrrende i samtaleflyten. Andre opplevde at det tok fokus vekk fra innholdet i terapitimen, eller det terapeutiske arbeidet. Noen opplevde det som problematisk å forholde seg til foreldre/barn sammen i familiesamtaler da det oppsto dilemmaer i forhold til hvem som skulle være i fokus og hvordan ORS/SRS skulle brukes (ibid).

En av terapeutene beskriver at det å bli pålagt bruk av KOR er forstyrrende slik;

En terapeut beskriver:

*”KOR er forstyrrende, negativt, derfor ikke et hjelpemiddel. At jeg blir pålagt det er en stressfaktor som kan påvirke meg som terapeut.”*

En annen beskriver:

*”KOR blir noen ganger enda et pålagt element jeg må få inn. Det oppleves som sløsing av tid i de sakene der jeg ikke synes det er nødvendig, men allikevel skal gjennomføre KOR.”*

Andre opplever forstyrrelsen ved at de opplever det vanskelig å introdusere klientene med noe som de selv ikke har tiltro til. Eller de er redd for hvordan det skal bli mottatt av klienter.

En terapeut poengterer at det ikke passer å bruke ORS/SRS skaler for alle klienter;

*”Flere har skjemaskrekk av forskjellig nivå, lese skrivevansker, tidligere neg. erfaring med skjema, klienter som er mistenksomme ”.*

Andre terapeuter opplever det fremmed å gjøre bruk av strukturerte verktøy i en terapisamtale, og opplever det som stressende;

*”På slutten når jeg må tenke på å bryte klientenes tema for å ha tid å føre inn skjema. Det er stressende, og ikke naturlig for meg.”*

Enkelte terapeuter knytter det til læringsprosessen prosessen de er i, at det er uvant for det og derfor virker stressende.

*”det er ikke så naturlig for meg å jobbe med skalaer på en så strukturert måte, det gir stress. Fordi jeg ikke har prøvd dette så lenge tar det tid å få inn en ny rutine i møte med klientene - hvordan måle skåren de har skrevet tar noe tid sammenholdt med tidligere struktur i første time”.*

### **Oppsummering av bruk av KOR og beskrivelser av påvirkning av stresspreget involvering**

I den kvalitative analysen ble det funnet to sammenhenger av KOR bruk og stresspreget involvering. Hovedfunnene var 1) KOR bruk som *trygghetsskapende* som gir mindre stresspreget involvering og 2) KOR som *forstyrrende* som gir mer stresspreget involvering.

De fleste KOR brukerne tilhører kategorien som opplever at bruk av KOR reduserer stresspreget involvering med klienter. Undertema var terapeut verktøy og metasamarbeid. Terapeutene opplever at KOR er *trygghetsskapende* for de som terapeuter, er et egnet verktøy

i terapiprosessen og bidrar med mulighet for et metaperspektiv på samarbeidet sammen med klienten. En mindre andel terapeuter opplever at KOR er *forstyrrende* med to underkategorier trussel mot terapeut autonomi og fremmedgjøring. Familieterapeuter vant implementeringer av fremgangsmåter og metoder er et privat anliggende for terapeut og opplever pålegg som fremmedgjørende i forhold til bruk av KOR. Det er flere paralleller mellom funnene i undersøkelsen til Rolf Sundet som viser at det terapeutene finner nytteverdi (feasibility) og opplever forstyrrelser (disturbance) av ORS/SRS (Sundet, 2011).

## 4.6 SENTRALE FUNN I UNDERSØKELSEN

Jeg vil undersøke sentrale funn i undersøkelsen med utgangspunkt i forskningsspørsmålet, og avgrensning av dette.

Forskningsspørsmålet for undersøkelsen er:

**Hvilke sammenhenger er det mellom bruk av *systematisk feedback* fra klienter, familieterapeuters opplevelse av hvor langt de har kommet i *profesjonell utvikling* og hvilken kvalitet det er på deres *profesjonelle involvering*?**

1. Hvilke statistiske sammenhenger er det mellom bruk av KOR og grad av opplevd nåværende utvikling ?

Det ble brukt to ulike dimensjoner for å undersøke opplevd nivå av nåværende utvikling; *skala for opplevd vekst* (0-5) og *skala for opplevd tilbakegang* (0-5). Det var ingen signifikante forskjeller i nivå og opplevd nåværende utvikling mellom de som brukte KOR og andre familieterapeuter, det gjaldt også fordelt på karrierenivå. Det var ingen signifikant korrelasjon mellom opplevd vekst eller opplevd tilbakegang og KOR bruk.

Det var derfor ikke funnet noen statistiske sammenhenger mellom bruk av KOR og opplevd nåværende utvikling.

2. Hvilke statistiske sammenhenger er det mellom bruk av systematisk klientfeedback og terapeutisk og stressfull involvering?

Familieterapeutenes opplevelse av kvalitet på involvering med klientene ble undersøkt ved bruk av skalaene for *terapeutisk involvering* og *stresspreget involvering*, samt med spørsmål som tok utgangspunkt i en definisjon av disse begrepene.

Familieterapeutene i undersøkelsen hadde et høyt nivå av terapeutisk involvering sammenlignet med internasjonale data (CERN). Nivå på skalaen for terapeutisk involvering var ikke signifikant forskjellig mellom terapeuter som brukte KOR og de andre.

Gjennomsnittsnivå av terapeutisk involvering var høyere hos KOR brukere enn andre når det ble kontrollert i forhold til karrierenivå. KOR brukere hadde i 4 av 5 karrierenivå høyere nivå av terapeutisk involvering, men denne forskjellen var ikke signifikant.

Det er en signifikant forskjell ( $p < 0.05$ ) mellom KOR brukere og non-KOR i forhold til nivå av stresspreget involvering, men effekt størrelsen er svak ( $r = -.12$ ).

Fordelt på karrierenivå så er forskjellen størst i forhold til stressfull involvering blant senior terapeutene hvor det er en forskjell ( $p < 0.001$ ) med en sterk effekt ( $r = .55$ .) Blant erfarne terapeuter så er det en forskjell ( $P > 0.05$ ) men samtidig er det en moderat effektstørrelse ( $r = .22$ .)

Terapeutisk og stresspreget involvering ble også undersøkt ved at respondentene ble spurt om eventuell påvirkning som KOR bruk hadde på involvering med klienter. Respondentene svarte på spørsmålene med utgangspunkt i en definisjon av begrepene stresspreget/terapeutisk involvering.

Andelen av familieterapeuter som opplever terapeutisk involvering med bruk av KOR er stigende i forhold til erfaringsnivå i tid med KOR. Khikvadrattest viser forskjellen mellom de ulike erfaringsnivåene av KOR i forhold til opplevd terapeut involvering er signifikant ( $p > 0.001$ ). Khikvadrattest viser at forskjell og fordeling av opplevd stresspreget involvering i forhold til erfaringsnivå av KOR er signifikant ( $P < 0.05$ ).

Det er et mønster av at KOR brukere med mest erfaring opplever at KOR bruk gir mer terapeutisk involvering og redusert stresspreget involvering enn nybegynnere.

Familieterapeuter med mindre enn 6 mnd. erfaring med KOR opplever mindre grad at KOR påvirker klientinvolvering enn andre terapeuter. Nybegynnere opplever at KOR bidrar til

mindre terapeutisk involvering og større grad av stresspreget involvering enn terapeuter med mer erfaring.

Det er et forbehold om at terapeutisk/stresspreget involvering, hvor respondentene ble presentert for en definisjon ikke måler det samme som skalaene av *stresspreget /terapeutisk involvering* som er skalaer sammensatt av flere items.

3. Hvordan beskriver familieterapeuter eventuell innvirkning bruk av KOR har på stresspreget involvering med klienter?

I den kvalitative analysen ble det funnet to sammenhenger av KOR bruk og stresspreget involvering. Hovedfunnene var 1) KOR bruk som *trygghetsskapende* som gir mindre stresspreget involvering og 2) KOR som *forstyrrende* som gir mer stresspreget involvering.

De fleste KOR brukerne tilhører kategorien som opplever at bruk av KOR reduserer stresspreget involvering med klienter. Undertema var terapeut verktøy og metasamarbeid. Terapeutene opplever at KOR er *trygghetsskapende* for de som terapeuter, er et egnet verktøy i terapiprosessen og bidrar med mulighet for et metaperspektiv på samarbeidet sammen med klienten. En mindre andel terapeuter opplever at KOR er *forstyrrende* med to underkategorier trussel mot terapeut autonomi og fremmedgjøring. Familieterapeuter vant implementeringer av fremgangsmåter og metoder er et privat anliggende for terapeut og opplever pålegg som fremmedgjørende i forhold til bruk av KOR.

### **Hypoteser ved oppstart av studien**

Hypotesen eller forforståelsen jeg hadde om sammenhenger mellom KOR bruk, klientinvolvering og terapeututvikling var som følger: *hvis terapeuter aktivt bruker KOR til å monitorere og guide terapiprosessen, vil dette medvirke til økt til terapeutisk involvering/reduert stresspreget involvering og positiv nåværende utvikling.*

I undersøkelsen ble det funnet en statistisk sammenheng mellom nivå av *skalaen* stresspreget involvering og bruk av KOR. I spørsmål knyttet til *begrepene* terapeutisk og stresspreget involvering var det en signifikant sammenheng med erfaring av KOR bruk og kvalitet på involvering. Terapeutisk involvering og opplevelse av vekst var sterk korrelert ( $r = .43.$ ) for

terapeutene uavhengig av KOR bruk. Men det var ingen forskjell mellom KOR brukere og andre terapeuter. Det er dermed ikke funnet noen sammenheng spesifikt for KOR brukere som viser at økning i kvaliteten på involvering influerer eller samvirker med nåværende utvikling.

### **Sentrale funn som kan utdype forståelsen av funn knyttet til forskningsspørsmålet**

Hvis jeg skal trekke frem noen resultater fra analysen som er særlig interessante er krystabellene med *mønstre av nåværende opplevelse av utvikling*. Den viste at 7 av 10 respondentene befinner seg i en tilstand av progresjon, som er betydelig høyere enn sammenlignet med tidligere undersøkelser av norske terapeuter (55 %) eller snitt av internasjonale terapeuter (52%). Tilstand av progresjon kjennetegnes av opplevelse av lite tilbakegang og mye opplevelse av vekst. Funnet kan ikke generaliseres til populasjonen av familieterapeuter, da khikvadrattest viste ( $p < 0.05$ ). Men det er av interesse for forståelse av terapeutisk utvikling blant de 58 % av familieterapeutene som deltok i undersøkelsen, samt utdype reflektere over funne knyttet til forskningsspørsmålet.

Det er uklart hva det høye nivået av tilstand av progresjon skyldes, men det kan indikere at de vil være familieterapeutene er i en arbeidskontekst hvor hovedvekten opplever progresjon. En nærliggende og mulig forklaring kan være kjennetegn ved arbeidskonteksten, da samtlige respondenter har dette til felles. Tidligere undersøkelser (CERN) har privat praksis med høy grad av autonomi, og tilfredshet med arbeidsted er viktige faktorer som bidrar til opplevelse av vekst. Samtidig viser den internasjonale undersøkelsen at er å forvente høyere grad av stasis for svært erfarne terapeuter som preger familievernnet. Den høye grad av progresjon kan gi noen antagelser er vanskelig å måle innvirkning av implementeringen av KOR.

## KAPITTEL 5. KONKLUSJON OG NYE FORSKNINGSSPØRSMÅL

Datamaterialet gir uendelige muligheter til kombinasjoner og analyser. Jeg må på et tidspunkt sette strek, selv om det er mye mer jeg kunne tenkt å utdype og analysere.

Jeg har funnet at det er sammenheng mellom bruk av KOR og kvalitet på involvering med klienter. Særlig må det fremheves forskjellen mellom KOR terapeuter og andre terapeuter i forhold til nivå av stresspreget involvering. Korrelasjonen mellom KOR bruk og nivå av stresspreget involvering er svak ( $r = -.12 *$ ), men viser sammenholdt med utdypende spørsmål viser at mange responenter opplever at KOR influerer kvaliteten på involveringen med klienter. De fleste terapeutene som opplever at KOR påvirker involveringen med klienter opplever at det medvirker til økt terapeutisk involvering og mindre stresspreget involvering.

Undersøkelsen som også har lagt vekt på å innhente grunnlagsdata om hvordan familieterapeuter i familievernnet opplever egen terapeututvikling og involvering med klienter. Analyser av familieterapeutenes utvikling og involvering har frembragt mange spørsmål om hva som medvirker til at gruppen av terapeuter kjennetegnes av en høy grad av progresjon og effektiv praksis. Dette er beskrivelser av mønstre av terapeutisk arbeidserfaring og mønstre av arbeidserfaring som er gjeldene for respondentene 58 % av familievernnet. Det kan være viktig tilfang av kunnskap for fagfeltet. Hva er det som medvirker til at respondentene opplever høy grad av progresjon, kan være videre forskningsspørsmål av interesse.

Jeg har vist en måte å få et perspektiv på familieterapeuter på gruppenivå. Ved å undersøke et fenomen ved å bruke spørreskjema og statistikk har medført at jeg i løpet av prosessen har lært mye om styrker og svakheter ved å studere et fenomen på denne måten. Det vil si at jeg har lært mye i underveis og det hadde vært av interesse og bidratt til nye måter å bruke de erfaringene jeg har fått til å utvikle nye måter å finne frem til et gruppeperspektiv på.

Bruk av tall og statistikk har vært utrolig lærerikt og utfordrende. Jeg håper min undersøkelse kan bidra til et økt bruk gruppeperspektiv for å undersøke fenomener som er relevant for fagfeltet i systemisk familieterapi.



## LITTERATURLISTE

Aamodt, Ingerid. (2005). Hvorfor er Barry Duncan radikal?

*Fokus på familien*, nr. 3

Anker, M, Duncan, B, & Sparks, J. (2009). Using Client Feedback to Improve Couple Therapy Outcomes: A Randomized Clinical Trial in a Naturalistic Setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 77, 693-704.

Bateson, G. (2000). *Steps to an Ecology of mind*. Chicago: University of Chicago Press.

Bateson, G.(1984). *Ånd og natur*. Rosinante, Charlottenlund

Braun, V.(2006). *Using thematic analysis in Psychology. Qualitative research in psychology*, 3, 77-101

de Jong, Van Sluis, Nigter, Heiser, og Spinoven, (2012).

Carr, A. (2009). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for child-focused problems, *Journal of Family Therapy*, 31, 3-45.

Dallos & Vevere. A.(2005). *Researching Psychotherapy and Counselling*. England Open University Press.

Duncan, Miller & Sparks (2004) *Heroic Client*, revidert utg. San Fransisco; John Wiley & Sons.

Duncan, B. L., Solovey, A., Rusk, G. (1992). *Changing the rules: a client-directed approach*. New York: Guilford.

Duncan, B. L. (2010) *On Becoming a Better Therapist*. Washington DC: American Psychological Association.

Engel, Rafael J. (2005) *The practise of research in social work*. Rafael J. Engel and Russell K. Schutt. Sage Publications Inc: California.

Fjeldstad, Tor (2007). *Både sosialarbeider og terapeut. Sosionomers profesjonelle rolle i psykisk helsevern for barn og unge*. Masteroppgave i sosialt arbeid. HIO

Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D., Horvath, A. O. (2012). How Central Is the Alliance in Psychotherapy? A Multilevel Longitudinal Meta-Analysis. *Journal of Counseling Psychology* vol. 59 NO. 1, 10-17

Hubble M.A., Duncan, B. L., Miller, S. D. (1997). *Escape from Babel. Toward a Unifying Language for Psychotherapy Practice*. New York: W. W. Northon and Company.

Hubble M.A., Duncan, B. L., Miller, S. D. (1999). *The Heart and Soul of Change. What Works in Therapy*. Washington DC: American Psychological Association

Jensen, Per (2009). *Ansikt til ansikt 2*. Utg. Oslo: Gyldendal.

Jensen, Per (2008). *The Narratives which Connect...A qualitative Research approach to Narratives which Connect Therapist` Personal and Private lives to their Family Therapy Practices*. Diakonhjemmet høyskole. Oslo

Johannesen, A., Tufte, P.A., Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til SAMFUNNSVITENSKAPELIG METODE*. Abstrakt forlag: Oslo

Lambert, M. J. (1992). Implications of outcome research for psychotherapy integration. I J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (pp. 94-129). New York: Basic

Lambert, M. J. (2010). YES, It is time for clinicians to routinely monitor treatment outcome. In B. L. Duncan, S. S. Miller, B. E. Wampold, & M. A. Hubble (Eds.). *The heart and soul of change. Delivery that works* (pp. 239-268). Washington, DC: American Psychological Association.

Langridge, D. (2007). *Phenomenological Psychology. Theory, Research and Method*. England: Pearson Education Limited.

Lambert & Shimokawa, (2011). Collecting client feedback. *Psychotherapy*, 48, 72-79.

Miller, S. & Duncan B. (2000). Paradigm lost : from model-driven to client-directed, outcome-informed clinical work. *Journal of systemic therapies*.

Miller, S. D., Hubble M.A., Duncan, B. L. (2007). Supershrinks. What's the secret of their success? *Psychotherapy Networker*, november 12

Miller, S.D., Hubble M.A., (2011). The road to mastery. *Psychoterapy Networker* mai /juni

Modum bad (2011). Om elektronisk klient feedback STIC.

[URL://www.modum-bad.no/nyheter/cms/2010/juli/elektronisk\\_tilbakemelding/174](http://www.modum-bad.no/nyheter/cms/2010/juli/elektronisk_tilbakemelding/174)

Norcross, J. C (red) (2002) *Psychotherapy relationships that work. Therapist contribution and responsiveness to patients needs*. New York: Oxford University Press

Orlinsky, D. E. & Rønnestad, M. H. (2005) *How Psychotherapist Develop. A study of Therapeutic Work and Professional growth*. Washington, DC: American Psychological Association.

Owen, J., Anker, M., Duncan, B., & Sparks, J. (2010). Therapist variability, the alliance, and experience in couple therapy. *Manuscript submitted for publication*.

Prøysen, A. (2006). *Geitekillingen som kunne telle til ti*. Gyldendal Norsk forlag AS

Reece, R., Usher, E., Bowman, D., Norsworthy, L., Halstead, J., Rowlands, S., et al. (2009). Using client feedback in psychotherapy training: An analysis of its influence on supervision and counselor self-efficacy. *Training and Education in Professional Psychology*, 3, 157-168.

Reese; Robert J, Norsworthy Larry A., Rowlands Steve R (2009). Does a Continuous Feedback System Improve Psychotherapy Outcome? *Psychotherapy, Theory, Research, Practice* vol. 46, no. 4, 418-431

Ringdal, Kristen m. fl. (2007). *Enhet og mangfold- samfunnsvitenskapelig forskning og metode*. Oslo: Fagbokforlaget.

Ryen, Anne (2002). *Det kvalitative intervjuet*. Oslo: Fagbokforlaget

Rønnestad, M. H & von der Lippe, A. (1991). *Det Kliniske intervjuet*. 2.utgave Oslo: Gyldendal forlag

Rønnestad, M. H. & Skovholdt, T. M (2003). The journey of the Counsellor and Therapist: Research on Findings and Perspective on Professional Development. *Journal of Career Development*, 30 (1), 5-44.

Rønnestad, M., H. (2000). Noen utviklingslinjer og betraktninger om ”The Dodo bird verdict”: ”everybody has won and all must have prizes.” *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 37, 1003-1016

Rønnestad, M. H. & Skovholdt. T. M. (2001). Learning arenas for Professional Development: Retrospective accounts for senior Psychotherapist. *Professional Psychology Research and Practice* 32, s.181-187

Rønnestad, M. H. & Orlinsky, D. E. (2006). Terapeutisk arbeid og profesjonell utvikling: En internasjonal studie. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 11, 1175-1178.

Skovholdt, T., M. & Trotter-Mathison M., (2011). *The Resilient Practitioner; Burnout Prevention and self-care strategies for Counselors, Therapists, Teachers, and health professionals*. Routledge: New York

Sprenkle, D. H. & Blow A. J. (2004). Common Factors and our Sacred Models. *Journal of Marital and Family Therapy*, vol 30, no. 2, p. 113-129.

Skauli, G. Ø. (2010). Faglig frihet og brukermedvirkning - gjensidige forutsetninger? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, vol. 47, nummer 4, side 306-307.

Sparks, J. A., Kisler, T. S., Adams, J. F., & Blumen, D. G. (2010). Teaching accountability: Using feedback to train effective family therapists. Manuscript submitted for publication.

Statistisk sentralbyrå. <http://www.ssb.no/famvern/>

Storbækken S. , Stokkebekk J. & Gamlemshaug A. B. (2007). *Hjemme-hos prosjektet. Omsorgsutredning i hjemmet*. Rapport fra Stiftelsen Bergensklinikkene: Bergen.

Sundet, Rolf (2009). Collaboration. Family and Therapist Perspective of Helpful Therapy. *Journal of Marital & Family Therapy*

Sundet, Rolf (2011). Therapist perspectives on the use of feedback on process and outcome; patient focuses research I practice. *Canadian Psychology* (in review)

Sundet, Rolf (2009). *Client directed, outcome informed therapy in an intensive family therapy unit - A study of the use of research generated knowledge in clinical practice*. Doktoravhandling, Psykologisk Institutt, UiO.

Thaagaard, Tove (2002). *Systematikk og innlevelse*. Oslo: Fagbokforlaget.

Tjersland, O. A. (1989). Fra univers til multivers - og tilbake igjen. *Fokus på familien*, 17 (1), s. 3-14. (A)

Ulvestad, A. K., Henriksen, A. K., Tuseth A. & Fjelstad, T. (2007). *Klienten - den glemte terapeut. Brukerstyring i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal forlag.

Valla, Birgit (2010). Brukers medvirkning i psykoterapi - behov for kompetanseutvikling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, vol. 47 nummer 4, side 308-314

Wampold B. E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate. Models, Methods, and Findings*. Kap.1 og 9. New Jersey, London: Lawrence Erlbaum Associates.

Wampold, B. E., Mondin, G. W. ; Moody, M.; Sich, F., Benson, K., & Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, "All must have prizes". *Psychological Bulletin*, 122, 203-215. doi:10.1037/0033-2909.122.3.203

Webb, C. A., DeRubeis, R. J., & Barber, J. P. (2010). Therapists' adherence/competence and treatment outcome: A meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78, 200-211. Doi:10.1037/a0018912

Wendelborg, C. (2011). Elevundersøkelsen 2011. [www.samfunnsforskning.no](http://www.samfunnsforskning.no) ISBN 978-82-7570-249-2

Øfsti, A. K. S. (2013). Å lese etter teksten. Om teksters betydning for terapeutisk praksis, om å være leser og skriver av tekster om terapi, trøst og forandring. *Fokus på familien.*, 1, s. 5-18. Oslo: Universitetsforlaget.

Watzlawick, P. Et al. (1967) *Pragmatics of human communication*. W.W. Norton. New York.

Ågotnes, Knut (2011) "En hardt tilkjempet frihetsfølelse. Om hjernevask, humanister og samfunnsvitere. *Nytt norsk tidsskrift* nr.1 /2001/årgang 28./s.6-17. Oslo: Universitetsforlaget.

## Vedlegg Tabell med beskrivelser KOR bruk og påvirkning på stresspreget involvering

KOR gir mye mindre stresspreget involvering	KOR gir litt mindre stresspreget involvering	KOR gir litt mer stresspreget involvering	KOR gir mye mer stresspreget involvering
<p>Da SRS gir rom for tilbakemeldinger fra klientene om hva de synes om terapien, og jeg som oftest føler meg trygg på at jeg får oppriktige tilbakemeldinger, opplever jeg at jeg blir noe mindre selvkritisk til meg som terapeut.</p> <p>Jeg opplever at klientene setter pris på at jeg er opptatt av at akkurat de skal få den hjelpen de opplever best for seg- dette gjør at stress nivået mitt går ned- da jeg ser at klientene trives med denne måten å møte de på.</p> <p>Bruk av KOR har ført til at både jeg og klienten har en felles ramme som starter og avslutter timene, noe jeg opplever klientene synes er positivt og kanskje skaper en trygghet.</p> <p>Tenker da mest i forhold til de saker hvor det oppleves som mye kaos og lite oversikt, så hjelper det meg i å lage felles fokus.</p> <p>BRUKER MINDRE TIL PÅ Å LURE PÅ OM TERAPIEN ER NYTTIG OG OM VI JOBBER MED DET VI SKAL</p> <p>Det gir mestring å oppleve at jeg er i stand til å være i forkant av negativ utvikling, om klient ikke er fornøyd får jeg mulighet til å vite dette gjennom SRS. Videre hjelper eksternaliseringen /skaleringen på arket til at samarbeidet er i fokus.</p> <p>Ved at jeg har etterspurt sjekket ut underveis om det vi snakker om er viktig for dem og ved dårlige skår kunne imøtekomme det de ikke syntes var bra. Sett endringer på ORS skår på at folk har fått det bedre, fått hjelp med det de kom for.</p> <p>Pga at det rutinemessig og skjematisk blir etterspurt senker det stressnivået til</p>	<p>KOR - noe å falle tilbake på dersom jeg som terapeut ikke henger med eller trenger et verktøy.</p> <p>Ved å bruke KOR kan det være enklere som terapeut å stille spørsmål som gjør at timen "kommer i gang"</p> <p>KOR er med på å få klienten mer aktive</p> <p>Jeg får informasjon fra klientene ved bruk av KOR, som gjør at jeg ikke tenker så mye på hva klientene tenker om og får ut av samtalen med meg.</p> <p>Opplever at klientene responderer positivt på KOR</p> <p>Det blir mindre antagelser, fortolkninger og det er stressreducerende. Klienter har medansvar i prosess. Klienten er min ressurs</p> <p>ORS/ SRS hjelper meg lettere å forstå klientenes behov for hjelp og derav enklere å tilpasse terapien</p> <p>bedre kontaktinvolvering</p> <p>fordi det er nytt</p> <p>Bruker mindre tid på å lure på om ting er blitt verre og om min tilnærming fungerer. ORS og SRS vil gi informasjon om dette.</p> <p>I behandlingsforløp hvor de ikke skjer ønsket endring - det er lettere å få på bordet tidlig og det kan jobbes med akkurat det. Fokus på at terapi er fellesprosjekt - fordeling av ansvar</p> <p>Prøver å få til eit samarbeid og kaller det for eit samarbeid. Vi skal arbeide ilag om dette.</p> <p>Se punkt over. ORS hjelper en til å raskere fange hvor klienten er, og SRS er et</p>	<p>KOR er forstyrrende, negativt, derfor ikke et hjelpemiddel. At jeg blir pålagt det er en stressfaktor som kan påvirke meg som terapeut</p> <p>Det blir et stressmoment å huske på og klientene som kommer fullt av sitt og kan oppleve det som stress å måtte skalere og differensiere det med en gang de kommer</p> <p>KOR blir noen ganger enda et pålagt element jeg må få inn. Det oppleves som sløsing av tid i de sakene der jeg ikke synes det er nødvendig, men allikevel skal gjennomføre KOR.</p> <p>det er ikke så naturlig for meg å jobbe med skalaer på en så strukturert måte, det gir stress, fordi jeg ikke har prøvd dette så lenge tar det tid å få inn en ny rutine i møte med klientene - hvordan måle skåren de har skrevet tar noe tid sammenholdt med tidligere struktur i første time</p> <p>Flere har skjemaskekk av forskjellig nivå, lese skrivevansker, tidligere neg erfaring med skjema, klienter som er mistenksomme</p> <p>Kan bli liten tid. Særlig i tilfeller hvor klientene har forventninger om å bli hørt etter hendelser eller episoder som er skjedd.</p> <p>Når jeg merker at klienter ikke liker det, og allikevel tenker at jeg må gi det en ærlig chance.</p> <p>På slutten når jeg må tenke på å bryte klientenes tema for å ha tid å føre inn skjema. Det er stressende, og ikke naturlig for meg.</p>	<p>Jeg er i startfasen og skal tilpasse det i min kliniske praksis</p> <p>min egen håndtering av utfordringene ved å forklare og ta i bruk skjema,-da spes ifht den faktiske klokketiden det tar.</p> <p>klientens ønsker om å snakke om annet tema</p> <p>Ikke alltid like heldig å komme til kjerneproblemet før tillit er opprettet</p> <p>Det tar tid, særlig stressende med tid til SRS, det blir mange gjentakelser der det er flere samtaler.</p>

<p>brukerne og meg å ha dette som tema.</p>	<p>sikkerhetsnett der jeg kan få tilbakemelding og konkretisering på det som både fungerte og det som ikke fungerte.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• vi tar utgangspunkt i det de har krysset. slik er det.</li> <li>• at kor kan tydeliggjøre mer sentrale poenger i samtalen</li> <li>• det er gjensidige "linjer" - bruker har mer ansvar for å komme fram selv---</li> <li>• Kor hjelper til å opprettholde nysgjerrighet og også vanskelige å "sove " i timen.</li> <li>• KOR kan bli en buffer mot å la seg trigge av klientene</li> <li>• leting etter ideer i eget hode etter veier videre for "bevegelse" i fastlåste ideer/eller å forstå andres ideer</li> <li>• Å få tid til å fylle ut SRS i den grad KOR stresser er det.</li> <li>• I en stresset hverdag er det noen gager være slik at en glemmer å starte der klienten er, spør for lite hvilken kontakt de er når de møter opp. Særlig for klienter en har hyppige møter med. Da har kor hjulpet ifht. å alltid starte med dette.</li> </ul>		
---	--	--	--



# INFORMASJONSSKRIV TIL LEDERE I FAMILIEVERNET

Til leder av familievernkontoret

Bergen. 10.10.2011

<p><b>Forskningsprosjekt om klinikere i familievernet</b> <b>– om terapeututvikling og involvering med klienter.</b></p>
--

Vedlagt dette notatet er det et brev til alle terapeuter i familievernet med invitasjon til å delta i en spørreundersøkelse. Da samtlige terapeuter er invitert til å delta, er det trolig den mest omfattende datainnsamlingen om klinikere i familievernet som er gjort. **Buudir har godkjent prosjektet og anbefaler ansatte å delta i undersøkelsen. Jeg ber om din støtte som leder, slik at ansatte som ønsker å delta får muligheten til å avsette tid til dette i en travel arbeidshverdag.** Jeg anbefaler at terapeutene setter av 30-40 minutter, gjerne i Fado, for å fylle ut det elektroniske spørreskjemaet som de vil motta om kort tid per e-post.

Hvorfor bør ansatte gis mulighet til å delta;

Undersøkelsen er viktig for å få mer kunnskap om klinikere i familievernet på gruppenivå. For den enkelte innbyr utfylling av skjemaet til refleksjon over seg selv som terapeut. De ansatte vil ved å delta bli kjent med standardiserte redskap (PPDS/PWIS) for evaluering og systematisk selvrefleksjon over egen terapeututvikling. Kontinuerlig selvrefleksjon og kunnskap om egen rolle og utvikling som terapeut, er viktig for å lage virksomme strategier for å ivareta det viktigste verktøyet i terapi, nemlig seg selv.

**Alle som fyller ut skjemaet er med i trekningen av et konferansestipend på kr. 10 000,-.**

*På forhånd takk for din bistand til å få økt kunnskap om, og synliggjøre terapeuter i familievernet!*

Med vennlig hilsen

Jan Stokkebekk  
Prosjektleder

Fana Familievernkontor

E-post: [jan.stokkebekk@bufetat.no](mailto:jan.stokkebekk@bufetat.no)

Tlf: 466 19 130

# FORESPØRSEL OM DELTAGELSE I FORSKNINGSPROSJEKT

Til terapeuter i familievernet

Bergen, 10.10.2011

<p><b>Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt om klinikere i familievernet</b> <b>– om terapeututvikling og involvering med klienter.</b></p>
--

Du vil om kort tid, i likhet med samtlige terapeuter i familievernet, få tilsendt et elektronisk spørreskjema (Questback) per e-post. Spørreundersøkelsen er grunnlaget for en mastergradsoppgave i systemisk praksis og familierapi ved Diakonhjemmet høyskole. **Buudir har godkjent prosjektet og anbefaler ansatte å delta i undersøkelsen.** Jeg anbefaler at du setter av 30-40 minutter, gjerne i Fado, for å fylle ut spørreskjemaet.

Alle som fyller ut skjemaet er med i trekningen av et konferansestipend på kr. 10 000,-.

Populasjonsundersøkelsen omhandler følgende spørsmål:

1. Hvordan opplever terapeuter i familievernet sin aktuelle utvikling og involvering med klienter?
2. Er det er sammenheng mellom implementering av klient – og resultatstyrt praksis (KOR) og terapeututvikling?

Hvorfor undersøkelsen er viktig.

1. Det er i liten grad forsket på familierapeuter på gruppenivå og det er derfor et behov for mer empiri om terapeuter som har relasjonsarbeid som sitt spesialfelt.
2. Implementeringen av KOR er et kvalitetsutviklingstiltak som vil påvirke arbeidshverdagen til samtlige terapeuter i familievernet. En rekke studier viser at mange *klienter* får mer effektiv hjelp når deres opplevelse av endring og arbeidsallianse blir systematisk monitorert i terapiforløpet\*. Det er derimot lite kunnskap om hvorvidt *terapeuter* opplever at bruk av KOR gjør en forskjell, i forhold til egen opplevelse av utvikling og involvering med klienter. For å finne ut om det er noen sammenhenger mellom bruk av KOR og terapeututvikling er både terapeuter som bruker KOR og de som ikke gjør det forespurt om å delta i undersøkelsen.

2 grunner til å delta + kr.10 000,-

Ditt bidrag er viktig for å få mer kunnskap, og synliggjøre terapeuter i familievernet. Du vil ved å delta bli kjent med et standardisert redskap (PPDS/PWIS) for evaluering og systematisk selvrefleksjon over egen terapeututvikling. Deltagelse gir deg mulighet for å vinne et stipend på kr. 10.000!

\*Klientfeedback gir signifikant bedre resultat sammenlignet med terapi uten feedback i både individuell- og parterapi (Lambert, 2010, Anker, M., Owen, J., Duncan, B.L.; Sparks, J.A., 2010).

Spørreskjemaet.

Spørreskjemaet omfatter ulike tema og er sammensatt av flere standardiserte instrumenter. Spørsmål om erfaring med bruk av KOR er utarbeidet spesifikt for dette prosjektet. Spørsmål om ”Holdninger til klientfeedback” er utviklet av Morten Anker (2010). Terapeututvikling og involvering med klient blir kartlagt med henholdsvis Psychotherapists Professional Development Scales (PPDS) og Psychotherapists Work Involvement Scale (PWIS). Disse skalaene er utviklet av Orlinsky & Rønnestad (2005) med utgangspunkt i et større spørreskjema (DPCCQ).

#### Anonymitet og konfidensialitet.

Ved å svare på spørreskjemaet samtykker du i å delta i undersøkelsen. Fordi skjemaet er anonymt, vil det ikke være anledning til å trekke seg fra prosjektet etter innsendelse. Konfidensialiteten i prosjektet ivaretas ved at innhenting, oppbevaring, bearbeiding og presentasjon av data gjøres slik at det ikke er mulig å spore opplysninger tilbake til identifiserbare grupper eller personer. Prosjektet og skjemaet er vurdert av Regional etisk komité for medisinsk forskningsetikk og meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Tillatelser til bruk av skjemaene PPDS/PWIS er innhentet fra rettighetshaverne American Psychological Association og Helge Rønnestad. Morten Anker har gitt tillatelse til bruk av ”Holdninger til klientfeedback”.

#### Veileder for prosjektet.

Veileder og mentor for prosjektet er MSA, klinisk sosionom og familieterapeut Tor Fjeldstad. Han har forsket på terapeututvikling, ved bruk av DPCCQ, og er godkjent som instruktør og veileder i bruk av KOR fra ”The Heart and Soul of Change” Project.

*På forhånd takk for din bistand, håper at din deltagelse gir deg nyttige refleksjoner om din utvikling som terapeut!*

Med vennlig hilsen

Jan Stokkebekk

Prosjektleder

Fana Familievernkontor

Tlf: 466 19 130

E-post: jan.stokkebekk@bufetat.no

P. S. Vennligst å ta kontakt om det er ønskelig med ytterligere informasjon om spørreundersøkelsen.

Prosjektplan kan sendes på forespørsel.

## SPØRRESKJEMA

